

**8º Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem Comunitária**

**Relatório de Estágio**

**Sarampo: ameaça real ou virtual?  
Promovendo a imunidade de grupo**

**Sara Patrícia Afonso de Sousa Pereira de Castro Lobo**

**Lisboa  
Abril, 2018**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of motion.

# **8º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**

**Relatório de Estágio**

## **Sarampo: ameaça real ou virtual? Promovendo a imunidade de grupo**

**Sara Patrícia Afonso de Sousa Pereira de Castro Lobo**

**Orientador: Professor António Major**

**Co-Orientador: Enfermeira Lurdes Costa e Silva**

**Lisboa**

**Abril, 2018**

Decorative graphic element consisting of several thick, overlapping, wavy green lines that sweep across the bottom right corner of the page.

*“A prevenção encontra-se no centro da saúde pública e comunitária,  
e são os enfermeiros que realizam a maior parte deste trabalho.”*  
(Stanhope e Lancaster, 2011, p. 920)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao **Sr. Prof. António Major**, agradeço a boa disposição, a serenidade e o à vontade transmitidos ao longo de todo o processo.

À **Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Lurdes Costa e Silva**, um obrigado do tamanho do mundo por toda a paciência, disponibilidade e alegria demonstrados durante a minha estadia na UCSP Linda-a-Velha.

À **Ana, à Joana, à Isabel, à Rita e à Vera**, agradeço o apoio, o incentivo e o carinho com que sempre me trataram. Tudo se torna mais fácil, quando nos sentimos verdadeiramente parte da equipa.

À **Betinha**, agradeço toda a paciência para me aturar mas, sobretudo, agradeço a amizade.

A todos os meus colegas de especialidade, agradeço a partilha de saberes e de experiências.

À **Ana e ao Carlos**, companheiros de grupo, agradeço o incentivo e as palavras de apoio – quando as incertezas tomam conta de nós, a palavra certa na altura certa é o melhor dos remédios.

Ao **Miguel, ao Vasco e à Beatriz**, agradeço toda a paciência e compreensão durante este percurso. Sei que vos faltei muitas vezes, mas foi apenas porque teve de ser.

Todos vocês contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Sem a vossa contribuição, nada disto era real e por isso vos agradeço:

**OBRIGADA.**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Coords – Coordenadoras

Dr.<sup>a</sup> – Doutora

Ed. – Edição

N.<sup>o</sup> / n.<sup>o</sup> – número

p. – página

pp. – de página a página

Prof.<sup>a</sup> – Professora

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

## **LISTA DE SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BIS – Boletim de Vacinas

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CESP – Centro de Emergências em Saúde Pública

DL – Decreto-Lei

DGS – Direção Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RCV – Registo Centralizado de Vacinas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SINUS – Sistema informático Nacional de Unidades de Saúde

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP – Unidade de Saúde Pública

VASPR – Vacina Anti Sarampo Parotidite epidémica e Rubéola

VASPR2 – 2ª inoculação da Vacina Anti Sarampo, Parotidite epidémica e Rubéola

WHO – World Health Organization

## RESUMO

Em Portugal, o sarampo está eliminado desde outubro de 2015, contudo os elevados fluxos migratórios no nosso país a juntar aos movimentos anti vacinação que se iniciaram na América, e que têm ganho adeptos em vários países da Europa, a par dos vários casos recentemente documentados de Sarampo gera preocupação e pode comprometer a saúde pública.

A vacinação contribui para a imunidade individual, assim como para a imunidade da comunidade; quando numa comunidade existe um n.º suficiente de pessoas imunes a determinada doença, impede que essa doença se propague, e confere à população “imunidade de grupo” (ECDC, 2015).

O nosso projeto foi implementado na UCSP Linda-a-Velha e dirigido às crianças nascidas em 2010 e 2011 com a 2ª inoculação da VASPR em atraso. Tem como finalidade: contribuir para o aumento da taxa de cobertura vacinal da VASPR2 nas crianças nascidas em 2010 e 2011 inscritas nesta unidade de saúde.

O projeto segue a Metodologia de Planeamento em Saúde, ancorado no referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados uma versão traduzida do questionário da OMS “*Immunization Coverage Cluster Survey*”, aplicado aos pais das crianças.

Os problemas de saúde identificados, foram priorizados com recurso à grelha de análise, e daí emerge o diagnóstico de Enfermagem: Adesão ao regime de imunização comprometido, relacionado com o défice de informação.

A principal estratégia de intervenção utilizada foi a educação para a saúde, através da qual se conseguiu aumentar a taxa de cobertura vacinal da VASPR2 de 79,9% para 98,4% (o que corresponde a um aumento de 18,5%) atingindo-se a imunidade de grupo.

**Palavras-chave:** sarampo, vacinação, promoção de saúde

## **ABSTRACT**

In Portugal, the measles is eliminated since October 2015, however the high migration flows in our country joining the anti-vaccination movement that began in America, and that have won supporters in several European countries, aware of several measles cases recently documented, raises concern and may compromise public health.

Vaccination contributes to individual immunity, as well as to the immunity of the community; when in a community there is a sufficient number of people immune to disease, prevent the disease from spreading, and gives the population "herd immunity" (ECDC, 2015).

Our project was implemented in UCSP Linda-a-Velha and directed to children born in 2010 and 2011 with the second inoculation of VASPR in delay. It aims to contribute to increasing the vaccination coverage rate of VASPR2 in children born in 2010 and 2011, enrolled in this health unit.

The project follows the Methodology of Health Planning, anchored in the theoretical framework of the Health Promotion Model of Nola Pender. A translated version of WHO questionnaire "Immunization Coverage Cluster Survey" was used as data collection instrument and applied to the parents of the children.

The health problems identified have been prioritized using the analysis grid, and from there emerges the nursing diagnosis: adherence to immunization scheme committed related to the information deficit.

The main intervention strategy used was health education, through which it was able to increase the vaccination coverage rate of VASPR2 from 79.9% to 98.4% (which corresponds to an increase of 18.5%) reaching "herd immunity".

**Keywords:** measles, vaccination, health promotion



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. FOCO DE INTERVENÇÃO: O SARAMPO .....</b>	<b>14</b>
1.1. Epidemiologia.....	16
1.2. Prevenção .....	16
1.3. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária .....	19
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender .....	25
<b>3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1. Diagnóstico de Situação .....</b>	<b>28</b>
3.1.1. Caracterização do local de intervenção .....	28
3.1.2. População e amostra.....	29
3.1.3. Instrumento de colheita de dados .....	31
3.1.4. Procedimento de colheita de dados e questões éticas .....	32
3.1.5. Análise de dados.....	33
3.1.6. Apresentação dos resultados .....	33
3.1.7. Identificação dos problemas de saúde .....	36
<b>3.2. Determinação de Prioridades .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3. Fixação de Objetivos.....</b>	<b>37</b>
<b>3.4. Seleção de Estratégias .....</b>	<b>38</b>
<b>3.5. Preparação da execução .....</b>	<b>40</b>
<b>3.6. Avaliação.....</b>	<b>42</b>
<b>4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....</b>	<b>46</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1:** PNV 2017 – Esquema Vacinal Recomendado

**ANEXO 2:** Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

**ANEXO 3:** Parecer da CES

**ANEXO 4:** Grelha de Análise

**ANEXO 5:** Contacto, via correio eletrónico, com a Digníssima Dr.<sup>a</sup> Nola Pender

**ANEXO 6:** Contactos, via correio eletrónico, com o Escritório Europeu da OMS

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1:** Cronograma de Atividades

**APÊNDICE 2:** Consentimento Informado

**APÊNDICE 3:** Autorização da Direção Executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

**APÊNDICE 4:** Autorização da Coordenação Médica da UCSP Linda-a-Velha

**APÊNDICE 5:** Instrumento de Colheita de Dados

**APÊNDICE 6:** Convocatória para Vacinação

**APÊNDICE 7:** Caracterização das crianças

**APÊNDICE 8:** Caracterização sociodemográfica dos pais

**APÊNDICE 9:** Estado vacinal dos irmãos

**APÊNDICE 10:** Priorização dos problemas

**APÊNDICE 11:** Folheto informativo “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

**APÊNDICE 12:** Poster “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

**APÊNDICE 13:** Vídeo promocional da vacina do sarampo

**APÊNDICE 14:** Guia de Acolhimento do Utente na UCSP Linda-a-Velha

**APÊNDICE 15:** Plano de Sessão Individual

**APÊNDICE 16:** Questionário de avaliação da sessão individual

**APÊNDICE 17:** Plano de Sessão Coletiva

**APÊNDICE 18:** PowerPoint da sessão coletiva

## **Índice de Gráficos**

**GRÁFICO 1:** Razões do não cumprimento do PNV..... 35

**GRÁFICO 2:** Avaliação da taxa de cobertura vacinal da VASPR2, antes e após a intervenção comunitária, por coorte de nascimento..... 44

## **Índice de Quadros**

<b>QUADRO 1:</b> Sessão de EpS individual, dirigida aos pais participantes no projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?” .....	40-41
<b>QUADRO 2:</b> Administração das vacinas em atraso às crianças participantes no projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?” .....	41
<b>QUADRO 3:</b> Sessão coletiva dirigida às assistentes da UCSP Linda-a-Velha.....	41
<b>QUADRO 4:</b> Avaliação das sessões individuais de EpS .....	42
<b>QUADRO 5:</b> Avaliação das metas do projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?”	43

## **Índice de Tabelas**

<b>TABELA 1:</b> População-alvo abrangida pelo projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?” .....	30
<b>TABELA 2:</b> Atualização do estado vacinal após consulta do RCV e do BIS .....	30
<b>TABELA 3:</b> Atualização do estado vacinal após contacto telefónico.....	31
<b>TABELA 4:</b> Caraterização das crianças da Intervenção Comunitária “Sarampo: ameaça real ou virtual?” .....	33-34
<b>TABELA 5:</b> Caraterização dos pais das crianças da Intervenção comunitária “Sarampo: ameaça real ou virtual?” .....	34-35

## INTRODUÇÃO

Este documento reflete o trabalho desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorreu entre 25 de setembro de 2017 e 9 de fevereiro de 2018.

“A prática de enfermagem centrada na comunidade é uma prática de contexto específico através da qual os cuidados são prestados aos indivíduos e famílias nos locais onde vivem, trabalham ou frequentam uma escola” (Williams e Stanhope, 2011, p. 16); ainda assim, o foco de atenção da Enfermagem Comunitária é a comunidade, como um todo, e o efeito do seu estado de saúde na saúde individual, familiar e de grupo.

Ao enfermeiro comunitário compete a prestação de cuidados no âmbito da prevenção da doença e da incapacidade e da promoção e proteção da saúde de uma comunidade; cuidados esses prestados baseados na investigação e principais problemas de saúde e ambientais, vigilância de saúde e monitorização e avaliação do estado de saúde dessa comunidade, objetivando criar condições para que as pessoas possam ser e viver saudáveis.

O foco da nossa intervenção é a prevenção primária, mais concretamente a proteção decorrente da imunização pela vacina trivalente contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola.

De acordo com McKeown e Messias (2011), a prevenção primária promove a saúde protegendo-a contra as ameaças, isto é, impede que os problemas ocorram através da promoção da resiliência e os fatores protetores ou reduz a suscetibilidade e a exposição a fatores de risco, sendo a imunização contra uma doença evitável pela vacinação, um exemplo dessa redução de suscetibilidade.

Imunização diz respeito à aquisição de proteção imunológica contra determinada doença infecciosa. No caso da vacinação, a imunização é ativa uma vez que, ao entrar em contacto com a vacina, o organismo responde com a produção de anticorpos, adquirindo imunidade durante vários anos, ou até ao fim da vida, contra determinada doença (DGS, 2002).

No entanto, estar vacinado não é sinónimo de estar imunizado. A pessoa vacinada é aquela que recebeu uma dose da vacina, ao passo que a pessoa imunizada é aquela que tem os anticorpos necessários para que o corpo se consiga defender do agente infeccioso.

A vacinação contribui para a imunidade individual, mas também para a imunidade da comunidade, ou seja, quando numa comunidade existe um n.º suficiente de pessoas imunes a determinada doença, impedindo que essa doença se propague, confere à população “imunidade de grupo” (ECDC, 2015).

Embora seja, usualmente, uma doença benigna, em determinadas situações pode ser grave e levar à morte. A vacinação é a principal medida de prevenção sendo que, as pessoas não vacinadas têm elevada probabilidade de contrair sarampo quando expostas ao vírus.

Entre janeiro a julho de 2017, em Portugal, foram feitas 165 notificações, das quais apenas 29 se confirmaram tratar de casos de sarampo: 66% não estavam vacinados, 44% tiveram necessidade de internamento e ocorreu um óbito (DGS, 2017b). Também na Europa se registaram surtos de sarampo, sendo a Roménia, a Itália e a Alemanha os países onde ocorreram maior n.º de casos: 6434, 2581 e 504 casos, respetivamente. Registaram-se na Europa 35 mortes por sarampo em 2017, incluindo a que ocorreu no nosso país (DGS, 2017).

Dados da UCSP de Linda-a-Velha, referentes a dezembro de 2016, apontam para coberturas vacinais de VASPR inferiores a 95%, contrariando os dados divulgados pela DGS, na apresentação do novo PNV, em fevereiro de 2017, que referem coberturas entre 95 e 98%.

Neste contexto, e seguindo orientações da DGS, a referida unidade está empenhada em melhorar as taxas de cobertura vacinal. Desta forma, o desenvolvimento da nossa intervenção comunitária irá dar resposta a uma necessidade sentida pela unidade de saúde e simultaneamente contribuirá para a aquisição e/ou desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista bem como de mestre em Enfermagem.

Ainda que a vacinação seja uma área transversal às várias unidades funcionais do ACES, cada uma delas tem diferentes responsabilidades neste âmbito. Com o

propósito de promover a imunidade de grupo relativa ao Sarampo, propomo-nos desenvolver a intervenção comunitária na população nascida em 2010 e 2011, inscrita na UCSP Linda-a-Velha. Para tal, iremos fazer uso da Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1986) e teremos como referencial teórico o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Este relatório está organizado em 4 capítulos essenciais – o primeiro capítulo diz respeito ao foco da intervenção; o segundo capítulo referente ao referencial teórico adotado; no terceiro capítulo é descrita a Metodologia do Planeamento em Saúde e no quarto capítulo é efetuada uma reflexão sobre as competências de enfermeiro especialista desenvolvidas na área na enfermagem comunitária.

## 1. FOCO DE INTERVENÇÃO: O SARAMPO

Neste capítulo pretendemos dar a conhecer ao leitor a temática central da nossa intervenção comunitária “ Sarampo: ameaça real ou virtual?”, abordando a doença e epidemiologia do sarampo, a prevenção bem como o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

O Sarampo é uma doença infecciosa, altamente contagiosa e comum na infância, embora possa atingir pessoas de todas as idades. A transmissão do vírus é feita de pessoa-a-pessoa, pelas vias respiratórias (tosse, espirro, fala ou expectoração) ou pela propagação no ar, onde o vírus pode perdurar por um tempo relativamente longo, especialmente em ambientes fechados.

A única e melhor forma de prevenção da doença é a vacinação. Às crianças, devem ser administradas 2 doses da VASPR para que seja garantida a imunidade contra a doença.

Nas palavras do Dr. Manuel Carmo Gomes, da Comissão Técnica de Vacinação (2017) não haver epidemias periódicas de certas doenças contra as quais as vacinas protegem pode levar as pessoas, nomeadamente os pais - um dos principais atores na vacinação, a desvalorizarem as consequências da própria doença e a questionarem a real necessidade de vacinarem os seus filhos.

De acordo com a literatura, são variadas as causas apontadas pelos pais para a não vacinação. Ao optarem por não vacinar, os pais colocam em causa não só a saúde individual dos seus filhos mas a saúde coletiva, uma vez que a vacina não é 100% eficaz, e que a imunidade de grupo só se consegue com coberturas vacinais acima dos 95%. Esta baixa de adesão dos pais à vacinação pode dar origem, a médio-longo prazo a bolsas de crianças e adultos suscetíveis que, com a introdução do vírus na comunidade podem vir a desenvolver a doença, dando origem a surtos.

Comummente usam-se as palavras ‘surto’ e ‘epidemia’, como se de sinónimos se tratassem; embora ambos se refiram a um aumento “anormal” da incidência de uma determinada doença infecciosa durante um determinado período de tempo, o que os distingue é a sua abrangência, ou seja, em geral o termo surto refere-se a uma área geográfica mais restrita que a epidemia, embora não se consiga definir quando acaba um e começa outro (Last, 2014; Stanhope, 2011; Sy e Long-Marin, 2011).

Apesar da redução de 79% das mortes relacionadas com o sarampo, a nível mundial, entre 2000 e 2015, diariamente ainda morrem 400 crianças devido a esta doença. De acordo com a UNICEF eliminar o sarampo não é uma missão impossível, uma vez que possuímos os conhecimentos e as ferramentas para o fazer, apenas nos falta a motivação política (WHO 2016). Sem este compromisso, continuarão a morrer crianças devido a uma doença facilmente prevenível.

Campanhas de vacinação em massa e o aumento global nas coberturas vacinais de rotina contra o sarampo foram responsáveis por salvar 20,3 milhões de crianças durante o período referido de acordo com as várias organizações internacionais envolvidas no processo (WHO, UNICEF, Gavi e CDC).

Contudo, este processo tem sido desigual; em 2015 ainda existiam países com apenas metade das crianças vacinadas e em que 75% das mortes se deve ao sarampo, como é o caso da República do Congo, Etiópia, Índia, Indonésia, Nigéria e Paquistão (WHO, 2016).

Para o diretor do Departamento de Imunização da OMS, Dr. Jean-Marie Okwo-Bale não é aceitável que milhões de crianças não sejam vacinadas anualmente, uma vez que existe uma vacina segura e altamente eficaz para parar a transmissão do vírus do sarampo e salvar vidas (WHO, 2016).

O sarampo pode ser considerado um indicador-chave da força do programa de vacinação de um país, pelo que urge um forte compromisso entre os países e os parceiros no sentido de aumentar as coberturas vacinais de rotina e reforçar os sistemas de vigilância da doença. Os surtos de sarampo continuam a ser um sério desafio de saúde pública.



## **1.1. Epidemiologia**

Com início em 2016, e estendendo-se pelo ano de 2017, vários países da UE registaram surtos de sarampo, aumentando o risco de propagação e transmissão da doença (DGS, 2017).

A Europa conta já com 18 países com transmissão endémica de sarampo, variando o número de casos de 1 (na Dinamarca e na Eslováquia) a 5290 casos, na Roménia, sendo este o maior surto de sarampo a acontecer atualmente na Europa. Em comum, a maioria dos países tem casos importados (ECDC, 2017).

Em Portugal, o sarampo está eliminado desde outubro de 2015, contudo os elevados fluxos migratórios no nosso país a juntar aos movimentos anti vacinação que se iniciaram na América, e que têm ganho adeptos em vários países da Europa, a par dos vários casos recentemente documentados de Sarampo gera preocupação e pode comprometer a saúde pública.

Entre janeiro e julho de 2017, o n.º de casos aumentou progressivamente no nosso país e, apesar das 165 notificações, apenas 29 casos se confirmaram. Destes casos, 66% tem idade superior ou igual a 18 anos e igual percentagem são indivíduos não vacinados (DGS, 2017b).

## **1.2. Prevenção**

Como anteriormente referimos, a única e melhor forma de prevenção da doença é a vacinação. Desde 1965 que Portugal tem Programa Nacional de Vacinação com o propósito de vacinar o maior n.º de pessoas, com as vacinas mais adequadas, o mais precocemente possível e de forma duradoura e, desta forma, promover não só a proteção individual como a coletiva.

As vacinas que fazem parte do PNV são selecionadas tendo em conta a epidemiologia das doenças, a evidência científica do seu impacto, a relação custo-efetividade e a disponibilidade do mercado.

A vacinação deve ser encarada como um direito, mas também como um dever: ao decidir vacinar-se, o cidadão tem a consciência de que está a defender a sua saúde, a saúde coletiva e a praticar um ato de cidadania.

Entrou em vigor a 4 de outubro de 1965 com uma campanha de vacinação em massa, campanha essa antecedida por uma campanha de educação sanitária. Até à atualidade, o PNV contribui para mudar o panorama das doenças infecciosas, reduzir a mortalidade infantil e promover o desenvolvimento do país, ao concorrer para momentos relevantes na história da humanidade: erradicação da varíola em 1980 e eliminação da poliomielite na região europeia da OMS em 2002 (Freitas, 2015).

O PNV é universal, pois destina-se a todas as pessoas presentes em Portugal, gratuito para o utilizador, já que está incluído no orçamento de estado, e utiliza vacinas eficazes, seguras e de qualidade, administradas em fases, baseadas na sua importância para a saúde individual e coletiva; é dinâmico, efetivo, seguro, adequado à epidemiologia das doenças em Portugal, acessível, promove equidade e é aceite quer pelos profissionais de saúde quer pela população (Freitas, 2015).

As vacinas são o maior avanço da medicina moderna, que alteram o curso das doenças infecciosas nos países desenvolvidos, permitindo salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença que qualquer outro tratamento (Freitas, 2015). A par da proteção individual, grande parte das vacinas têm a capacidade de, consoante as taxas de cobertura vacinal, interromper a transmissão atingindo a imunidade de grupo.

Desde 1974 que a vacina anti sarampo integra o PNV; a partir de 1987, a vacina passou a estar incluída na vacina tríplice, a VASPR, recomendada para crianças com 15 meses. Contudo, as coberturas vacinais não impediram a epidemia de 87-89, da qual resultaram 12000 casos e 30 mortes.

Em 1990 é introduzida a 2ª dose, recomendada para crianças entre 11 e 13 anos de idade, com o objetivo de vacinar quem não respondeu à 1ª dose. Embora as coberturas vacinais a nível nacional fossem ótimas, permitiram a epidemia de 93-94 com 3000 casos notificados.

Em 1998, baseando-se em projeções efetuadas, implementou-se uma estratégia complementar de vacinação, que decorreu até 2000, vacinando-se cerca de 400000 suscetíveis, inferiores a 18 anos de idade; em 2000, a 2ª dose é antecipada para os 5-6 anos de idade.

Em 2006 o PNV preconiza a administração das 2 doses aos 15 meses e 5-6 anos, respetivamente. Em 2012, a 1ª dose é antecipada para os 12 meses, mantendo-se a 2ª dose aos 5-6 anos.

Em 2013 surge o PNES decorrente da Estratégia Europeia da OMS para eliminar o sarampo. Neste contexto, foi efetuada a avaliação de casos de sarampo notificados em Portugal entre 2004 e 2013, sendo que a totalidade dos casos isolados foram importados de outros países dos continentes Europeu e Africano e os surtos tiveram origem num caso importado e os restantes casos, secundários a este.

Em 2017, o PNV sofreu nova alteração, antecipando-se a administração da VASPR2 para os 5 anos de idade (ver ANEXO 1).

A avaliação de 2015 do PNV (DGS, 2016) aponta para taxas de cobertura vacinal da VASPR2 que variam entre 95 e 98%, para todas as crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade, “cumprindo-se um dos objetivos do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (PNES) e os requisitos da OMS” (DGS, 2016, p. 2).

Contudo, os dados que reportam a dezembro de 2016, fornecidos pela ARSLVT, em Março de 2017, da avaliação do PNV e do PNES, revelaram “a existência de baixas taxas de cobertura vacinal, nomeadamente, as obtidas para a vacina contra o sarampo” (ARSLVT, 2017, p. 1).

Assim, torna-se clara a imposição feita aos ACES, no sentido de que as atividades de vacinação sejam consideradas prioritárias nas diferentes unidades funcionais tendo como objetivo atingir, a curto prazo, as coberturas vacinais da VASPR que garantam imunidade de grupo e minimizem a ocorrência de casos secundários a casos importados (como outrora se verificou) e de possíveis surtos.

A taxa de cobertura vacinal nacional é superior ou igual a 95%; porém, na ARSLVT ela é inferior, mais concretamente no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras a taxa é de 90,3%, segundo dados do Relatório de Atividades de 2016 da Coordenação de Vacinação.

Por esta razão, e por tudo o que anteriormente foi exposto, fica evidenciada a relevância da temática e justificada a pertinência da nossa intervenção comunitária.

### **1.3. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária**

A Saúde Pública é, segundo a WHO (1998) um conceito sociopolítico que visa melhorar a saúde, prolongar a vida e a melhoria da qualidade de vida com recurso à promoção da saúde, prevenção da doença, e outras intervenções de saúde.

Tal conceito orienta-nos para a compreensão global da forma como os estilos de vida e as condições de vida determinam o estado de saúde, reconhecendo a necessidade de mobilizar recursos, fazer bons investimentos em políticas, programas e serviços como forma de criar, manter e proteger a saúde comunitária, através da adoção de estilos de vida saudáveis e da criação de ambientes de apoio à saúde (WHO, 1998).

Os Cuidados de Saúde Primários são entendidos como uma das múltiplas infraestruturas com “recursos humanos e materiais, estruturas organizacionais e administrativas, políticas, regulamentos e incentivos que facilitem uma resposta de promoção de saúde organizada aos desafios e questões de saúde pública” (WHO, 1998, p. 14).

Nesta sua demanda os CSP, entre outras atividades, devem incluir a EpS, individual e coletiva, sobre a dimensão e natureza dos problemas de saúde, bem como sobre a forma desses problemas se puderem prevenir e controlar. De acordo com Williams e Stanhope (2011) a enfermagem de saúde pública é então uma especialidade na medida em que tem foco e âmbito prático distintos e requer uma base de conhecimento específico.

Para as mesmas autoras, o foco de intervenção dos especialistas em enfermagem comunitária, centra-se na prevenção da doença, na promoção e manutenção da saúde, tendo como finalidade melhorar a saúde, dos indivíduos e das comunidades. A “administração de vacinas para doenças evitáveis através da vacinação, principalmente a vacinação de crianças e a monitorização do estado de imunização” (Williams e Stanhope, 2011, p.920) são exemplos desse mesmo envolvimento.

O impacto da vacinação na saúde mundial é inapreciável. Com exceção da água potável, nenhuma outra medida (nem mesmo o uso de antibióticos) teve um efeito tão relevante na redução da mortalidade e no crescimento da população mundial.

A par da redução da mortalidade, a vacinação melhora a qualidade de vida das populações e contribui, de forma inequívoca, para a economia do país, pela redução de consultas médicas, de tratamentos e de hospitalizações, tornando-se uma das medidas de saúde pública que melhor custo-efetividade tem demonstrado (DGS, 2004).

“Em Portugal o Programa Nacional de Vacinação (PNV) é uma história de sucesso para a qual muito têm contribuído os enfermeiros ao longo das suas cinco décadas de aplicação no país” (Frade, *et al*, 2017, p. 10).

De acordo com Subtil e Vieira (2011, p. 168) “a vacinação é uma das principais atividades da responsabilidade dos enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários”.

Como garante da eficácia da vacinação, os enfermeiros demonstram diversas competências no exercício da sua profissão, relacionadas com o conhecimento e prática da mesma: contraindicações, vias e locais de administração, reações e cuidados pós vacinais, conservação das vacinas e registos, resultado do seu esforço e empenho no sucesso deste programa (Loureiro, 2004).

Desta forma, a par da grande diversidade de competências técnicas, humanas e de gestão, o enfermeiro responsável pelo PNV necessita de conhecimentos ao nível da vigilância epidemiológica, como nos é referido no Regulamento n.º 128/2011 do Diário da República de 18 de Fevereiro de 2011: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (DR, 2011, p. 8867), tendo em conta que a taxa de cobertura vacinal é o indicador de saúde que reflete os ganhos em saúde para a população.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A promoção em saúde tem sido alvo de diversos entendimentos ao longo da história, daí ser impensável não nos referirmos aos marcos que foram determinantes no seu desenvolvimento.

Apesar de não ser uma ideia totalmente nova (Laverack, 2008), o seu reconhecimento na área da saúde aconteceu em 1974, derivado da publicação “*A New Perspective on the Health of Canadians*”, do ministro da saúde canadiano, onde este escreveu:

A boa saúde é o alicerce sobre o qual o progresso social é construído. Uma nação de pessoas saudáveis pode fazer aquelas coisas que fazem a vida valer a pena, e à medida que o nível de saúde aumenta assim aumenta o potencial para a felicidade (Lalonde, 1974, p. 5).

De acordo com Lalonde (1974), eram quatro os fatores que desempenhavam um papel fundamental no processo de saúde/doença dos canadianos – biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização dos cuidados de saúde.

A biologia humana refere-se aos aspetos da saúde (físicos e mentais) que se desenvolvem em consequência do desenvolvimento do organismo; o ambiente refere-se aos aspetos de saúde externos ao corpo humano e sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle; os estilos de vida referem-se ao conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre as quais tem mais ou menos controle; finalmente, a organização dos cuidados de saúde referem-se à quantidade, qualidade, organização, natureza e relações de pessoas e recursos na prestação de cuidados de saúde (Lalonde, 1974). Em análise, estes quatro fatores, já na altura, podiam ser assumidos como fatores de risco e de proteção determinantes da saúde das populações.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) foi outro marco importante no percurso da promoção da saúde ao longo dos tempos, salientando que a promoção da saúde é da responsabilidade de todos os setores da sociedade. Ela apela à cooperação e coordenação entre os governos, os profissionais de saúde e a comunidade, para uma intervenção global que visa a promoção da saúde através de construção de políticas

saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de competências pessoais; reorganização dos serviços de saúde.

Em resumo, orienta para a prevenção e promoção da saúde, reforçando as competências que habilitam as populações para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde.

De acordo com a OMS (1998), promoção de saúde é “um processo social e político abrangente, que engloba ações de fortalecimento de habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também ações voltadas para a mudança de condições sociais, ambientais e económicas para aliviar o impacto de saúde pública e individual” (WHO, 1998, p. 2).

Baseados nesta definição, é igualmente importante abordar um outro conceito, a nosso ver indissociável, e que diz respeito à Educação para a Saúde (EpS). Os enfermeiros desempenham um papel chave na promoção da saúde, pelo que melhorar o seu desempenho nesta área contribui para o desenvolvimento da EpS, assim como aumenta os ganhos em saúde da população (Carvalho e Carvalho, 2006).

Assim, EpS define-se como um conjunto de “oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem, envolvendo alguma forma de comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de vida, propícias à saúde individual e da comunidade” (WHO, 1998, p. 4).

Nesta definição de Eps, outros conceitos lhe estão associados e dizem respeito ao *Empowerment* e Literacia em Saúde. O primeiro pode ser definido como um processo de capacitação através do qual as pessoas têm um maior controle sobre as decisões e as ações que afetam o seu estado de saúde, isto é, um processo através do qual “são capazes de expressar as suas necessidades, apresentar as suas preocupações, elaborar estratégias de envolvimento na tomada de decisões e realizar ações políticas, sociais e culturais para atender a essas necessidades” (WHO, 1998, p.6).

A Literacia em Saúde diz respeito às capacidades, tanto cognitivas quanto sociais, que motivam e determinam a habilidade dos indivíduos para aceder,

compreender e usar a informação para melhorar a saúde individual e coletiva, através da alteração de estilos e condições de vida.

Ao vasto leque de condições de vida (pessoais, sociais, económicas e ambientais) que determinam o estado de saúde dos indivíduos ou das populações damos o nome de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Para Buss (2010, p. 1) “a promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida”.

O PNS 2012-2016, na sua génese, teve em conta todos os conceitos anteriormente abordados:

Este documento nacional, orientador da política de saúde, tem como foco todos os cidadãos, famílias e comunidades, promovendo a sua resiliência, ou seja, a sua capacidade para resistir às adversidades. Em síntese, procura promover comunidades saudáveis através de informação e literacia em saúde, plataformas de comunicação, redes de apoio e de cooperação, e empowerment de doentes e cidadãos, sublinha-se, empowerment das famílias portuguesas (George in DGS, 2013).

O PNS: extensão a 2020 vem enfatizar ainda mais as “Políticas Saudáveis” e a “Saúde Pública”, nomeadamente as “abordagens por ciclo de vida e *settings*” (DGS, 2015), dado já no PNS 2012-2016. A abordagem por ciclo de vida “facilita uma compreensão integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que os cidadãos vão assumindo ao longo da vida” (DGS, 2015, p. 19) e a abordagem por *settings* “inter-relaciona-se com a abordagem do ciclo de vida, na medida em que permite identificar intervenções adequadas para cada *setting* em cada etapa do ciclo de vida (...) que representam oportunidades de educação para a saúde, bem como ações de prevenção da doença” (DGS, 2015, p. 19).

No sentido de aprofundar o nosso conhecimento sobre quais as estratégias a desenvolver para promover a imunidade de grupo, foi efetuada uma revisão *scoping*.

Na generalidade dos estudos, as causas apontadas para o não cumprimento do PNV relativamente à VASPR2, são de três tipos: falta de informação dos pais – sobre a necessidade de vacinar; a necessidade de mais do que uma dose; as reações secundárias; as contraindicações para vacinar; falta de motivação dos pais – não acredita nos benefícios da vacinação; ouviu rumores negativos; desaconselhado pelo médico/pediatra; discordância entre as opiniões dos pais e barreiras à vacinação –



adiamento por tempo indeterminado; a unidade fica longe; horário de vacinação incompatível com o horário dos pais; indisponibilidade de vacina; muito tempo de espera (Hobson-West, 2003; Gardner, Davies, MacAteer e Michie, 2010; Shan, 2011).

Relativamente às estratégias que aumentem as taxas de cobertura vacinal da VASPR2 e contribuam para a imunidade de grupo, vários artigos apontam para: campanhas de promoção da VASPR independentes das campanhas governamentais e realizadas por pais altamente motivados; informação sobre a VASPR (prós e contras; eficácia e segurança) divulgada em formatos acessíveis, equilibrados e baseados em evidência; manter a VASPR e não disponibilizar vacinas individuais; não politizar a VASPR; não tornar a VASPR obrigatória; envolver as várias unidades funcionais (UCC e USP); compromisso dos profissionais de saúde; educação aos pais e acesso expandido aos serviços; educação ao público em geral; identificar oportunidades de vacinação e vacinar; melhorar a imunização de rotina e realizar campanhas de imunização suplementar (Hobson-West, 2003; American Academy of Pediatrics, 2003; Gardner, Davies, MacAteer e Michie, 2010; Shan, 2011; MacLean, Hopkins, Arif, Drake e Gayle, 2013; Ma *et al*, 2015).

Em última análise, nada disto é novo ou desconhecido. Sabemos o que deve ser feito, por isso o importante é fazê-lo. Em resumo, qualquer estratégia a utilizar deve abranger 3 áreas: infraestruturas – dados atualizados e informatizados para que os pais e famílias possam ser efetivamente convocados; profissionais – melhorar e atualizar conhecimentos e habilidades e público – envolver a comunidade (Shan, 2011).

## **2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender teve a sua origem em 1982, tendo sido alvo de revisão em 1996 com base nas alterações das perspetivas teóricas e resultados empíricos, e surgiu como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, ou seja, auxiliar os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde como base para a EpS e a promoção de estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

Numa breve descrição diríamos que o MPS identifica fatores que influenciam os comportamentos de saúde, contudo, o foco central do modelo são as oito crenças avaliadas pela e sobre as quais a enfermeira intervém. Por outras palavras, com base no MPS, a enfermeira trabalha em colaboração com o utente no sentido de o auxiliar na mudança de comportamentos para alcançar um estilo de vida saudável.

Este modelo aplica-se em diversos contextos, e ao longo do ciclo de vida, quer individualmente quer em grupo; estruturalmente, é simples e claro. Engloba aspetos de diversos modelos e teorias de mudança comportamental, em concreto a Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura, uma vez que defende a importância dos aspetos cognitivos na mudança de comportamentos, assim como a Teoria Ação Refletida de Fishbein, na medida em que o comportamento depende de atitudes pessoais e de normas sociais (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

Pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção de saúde, assim como avaliar os comportamentos que levam à promoção da saúde através do estudo inter-relacional dos três pontos fundamentais do modelo (ver ANEXO 2): características e experiências individuais (comportamentos anteriores e fatores pessoais), sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (benefícios percebidos para a ação, barreiras percebidas para a ação, autoeficácia percebida, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e situacionais) e comportamento de promoção de saúde desejável (compromisso com o plano de ação, exigências imediatas e preferências e comportamento de promoção da saúde) (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

O MPS pressupõe a saúde como um estado positivo, ao alcance de todas as pessoas sendo que, a forma como cada uma a entende é mais relevante que o

conceito genérico da mesma. A «pessoa», conceito central do modelo, define-se como um organismo biopsicossocial, parcialmente moldado pelo meio ambiente, mas que também busca criar um ambiente em que o potencial humano, inerente e adquirido, possa ser totalmente expresso (Pender, 2011).

Por outras palavras, os pressupostos do MPS “ênfatizam o papel activo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental” (Sakraida, 2004, p. 705).

### 3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A concretização da nossa intervenção comunitária faz uso da Metodologia de Planeamento em Saúde, a qual se poderá definir “como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1982, p. 6) através de alterações de comportamento da população, quer em termos de hábitos de saúde como utilização dos próprios serviços.

Este tipo de metodologia, assente na análise multissetorial de uma comunidade, implica coordenação aos níveis local, regional e central assim como o envolvimento de todas as partes interessadas, incluindo a população, imprescindível no sucesso de qualquer plano, programa ou projeto (Tavares, 1990).

Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, o qual contempla várias fases: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori e Giraldes, 1986).

A nossa intervenção comunitária, decorrente do PNV ancorado no PNS: revisão e extensão a 2020, tem como finalidade: Contribuir para o aumento da taxa de cobertura vacinal da VASPR2 nas crianças nascidas em 2010 e 2011 inscritas na UCSP Linda-a-Velha. Para tal, foram definidos como objetivos os seguintes:

- Identificar as causas de não cumprimento do PNV relativamente à VASPR2
- Analisar as causas de não cumprimento do PNV relativamente à VASPR2
- Desenvolver estratégias que aumentem as taxas de cobertura vacinal da VASPR2 e contribuam para a imunidade de grupo.

Para melhor ilustrar o projeto, fez-se uso de um cronograma de atividades (ver APÊNDICE 1), o qual funciona como linha do tempo que contempla as atividades a desenvolver tendo em conta «o que», «como» e «quando» fazer.

### 3.1. Diagnóstico de situação

De acordo com Tavares (1990) “é o 1º passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população “beneficiária”. A existência de um projecto entende-se na medida em que proporciona a satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa” (Tavares, 1990, p. 51).

Correspondendo à 1ª etapa da Metodologia de Planeamento em Saúde a partir da qual se desenvolve a intervenção, “a concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, projecto ou actividades” (Imperatori e Giraldes, 1982, p. 13).

Mas o diagnóstico de situação é mais do que o conhecimento do estado de saúde de uma população, seus determinantes e consequentes necessidades; abrange os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis à realização das tarefas propostas (Nunes, 2016).

#### 3.1.1. Caraterização do local de intervenção

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, com um total de 233.465 habitantes (Censos 2011), abrange uma área total de aproximadamente 61 Km<sup>2</sup> sendo 41,8 Km<sup>2</sup> pertencentes ao Concelho de Oeiras e 19,37 Km<sup>2</sup> ao de Lisboa Ocidental.

A zona ocidental de Lisboa, com 61.345 habitantes – 44,9% homens e 55,1% mulheres (Censos 2011), inicialmente composta por 5 freguesias, foi reorganizada em 4 freguesias: Ajuda, Belém, Alcântara, Campo de Ourique (Santo Condestável).

O concelho de Oeiras, com 172.120 habitantes – 46,58% homens e 53, 41% mulheres (Censos 2011), fica situado na margem norte do estuário do rio Tejo, fazendo fronteira a norte com os concelhos de Sintra e Amadora, a oeste com Cascais e a este com Lisboa. Inicialmente composto por 10 freguesias foi reorganizado em 5 freguesias: União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo; União de Freguesias de Carnaxide e Queijas; União de Freguesias de Oeiras, São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias; Freguesia de Barcarena e Freguesia de Porto Salvo.

A UCSP Linda-a-Velha, contexto escolhido para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, pertence ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, inserido na ARSLVT. É constituído por uma equipa composta por médicos, enfermeiros, outros técnicos e administrativos, cuja missão é, de acordo com o artigo 10º do DL 28/2008, prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade desses mesmos cuidados.

Esta unidade contempla os programas de Saúde Infantil, Vacinação, Saúde Materna e Planeamento Familiar, Saúde do Adulto e Idoso, Consulta de Diabetes, Consulta de Hipertensão, Consulta de Hipo coagulação, Consulta de Cessação Tabágica, Cuidados de Enfermagem Curativos (Sala de Tratamentos) e Enfermagem de Cuidados Continuados (Visitação Domiciliária).

### 3.1.2. População e amostra

Para Fortin (2009, p. 69)

a população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, a que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar.

Assim, definiu-se como população todas as crianças nascidas em 2010 e 2011, e respetivos pais, inscritas na UCSP Linda-a-Velha, com e sem médico atribuído que tenham o PNV em atraso, relativamente à VASPR2 e que obedeçam aos critérios de inclusão e exclusão definidos.

#### Critérios de inclusão:

- Crianças nascidas em 2010 e 2011 e respetivos pais;
- Inscritas na UCSP Linda-a-Velha;
- Com e sem médico atribuído.

#### Critérios de exclusão:

- Não pertencer à unidade (inscrição esporádica);
- Estar ausente do país à data da intervenção comunitária.

**Tabela 1:** População-alvo abrangida pelo projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

<b>Coorte</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Total de fichas de vacinação	186	172
Total de crianças não vacinadas	32	40
Taxa de Cobertura Vacinal VASPR2	<b>82,8%</b>	<b>76,7%</b>

Tendo em conta que existem no concelho de Oeiras diversas instituições privadas onde se pode fazer vacinação, após a identificação das crianças com PNV da VASPR2 não cumprido efetuada no programa SINUS, foi efetuada uma segunda pesquisa no RCV, abrangendo somente as 72 crianças com a vacina em atraso, atualizando-se de imediato o estado vacinal de 18 crianças. Decorrente desta pesquisa, e por existir alguma incongruência de dados, houve necessidade de contactar alguns pais para envio do BIS para confronto da informação, tendo-se atualizado o estado vacinal de mais 4 crianças.

**Tabela 2:** Atualização do estado vacinal após a consulta do RCV e do BIS

<b>Coorte</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Total de crianças não vacinadas	32	40
Atualizado pelo RCV	6	12
Atualizado pelo BIS	3	1
Taxa de Cobertura Vacinal VASPR2	<b>87,6%</b>	<b>84,3%</b>

Após este escrutínio, a população-alvo ficou assim reduzida a 50 crianças. O recrutamento dos pais/representante legal foi efetuado através de contacto telefónico a explicar o motivo do mesmo para posterior agendamento da vinda à UCSP ou a ida da investigadora ao domicílio para a colheita dos dados.

Neste processo de contactos telefónicos, apercebemo-nos que algumas crianças já não pertenciam à unidade, outras se encontravam emigradas, outras não tinham a vacina em atraso e outras estavam mal inscritas na UCSP, reduzindo para 17 a população-alvo. Dada a dimensão do grupo, optou-se por trabalhar a sua totalidade.

**Tabela 3:** Atualização do estado vacinal após contacto telefónico

<b>Coorte</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Total de crianças não vacinadas	23	27
Transferidas de unidade	3	3
Emigradas	10	8
Sem vacina em atraso	0	5
Mal inscritas na UCSP	3	1
Taxa de Cobertura Vacinal VASPR2	<b>96,2%</b>	<b>94,2%</b>

### 3.1.3. Instrumento de colheita de dados

Ao efetuarmos uma pesquisa sobre instrumentos de colheita de dados que servissem o propósito do nosso projeto, e tendo em conta o nosso referencial teórico, começámos por contactar, via correio eletrónico, a Digníssima Dr.<sup>a</sup> Nola Pender, solicitando a sua ajuda. Contudo, rapidamente nos apercebemos da inexistência de tal instrumento (ANEXO 5).

Com base na resposta anterior, foi então elaborado um questionário, para este efeito, constituído por duas partes (ver APÊNDICE 5) – uma primeira de caracterização da criança (questões 1, 2 e 17), bem como do seu estado vacinal (questão 18), e a caracterização dos pais/representantes legais (questões 3 a 16), fazendo ainda referência ao estado vacinal dos irmãos (questões 19 e 20), e uma segunda parte sobre as razões do não cumprimento do PNV, elaborado com base no formulário da Organização Mundial de Saúde, no âmbito do “*Immunization Coverage Cluster Survey*”, que elenca três grupos de razões para a não vacinação: falta de informação, falta de motivação e a presença de obstáculos.

Uma vez que o original está elaborado em inglês, e apesar dos vários contactos com o escritório europeu da OMS (ver ANEXO 6), assim como a inestimável colaboração da Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andreia Silva e Costa, não se ter conseguido perceber se o mesmo existia em língua portuguesa, procedeu-se à sua tradução.

O método utilizado foi o descrito por Hill e Hill (2009) definido como «traduz-retraduz». De acordo com os autores acima referidos, este processo é efetuado em três passos. Sumariamente, numa primeira fase duas pessoas (uma de nacionalidade



portuguesa e outra de nacionalidade inglesa, preferencialmente) traduzem o original para português; numa segunda fase, uma terceira pessoa traduz o formulário de português para inglês; na terceira e última fase compara-se a versão original com a versão em inglês da terceira pessoa. Se coincidirem, a versão portuguesa pode considerar-se adequada.

#### 3.1.4. Procedimento de colheita de dados e questões éticas

“A prática profissional em todos os tipos e desenvolvimentos da profissão exige quotidianamente tomadas de decisão éticas e morais” (Ferreira e Dias, 2005, p. 52). Independentemente da profissão, qualquer intervenção levanta questões morais e éticas que poderão ser tanto favoráveis como desfavoráveis ao grupo, e beneficiarem ou prejudicarem os direitos fundamentais das pessoas.

O desenvolvimento deste projeto salvaguarda o respeito pela dignidade da pessoa humana em termos de autonomia, privacidade e confidencialidade dos dados, beneficência, justiça e não maleficência, como evocado no REPE (OE, 2015).

No artigo 105º do REPE (OE, 2015) respeitante ao dever de informação, é feita referência ao consentimento informado (ver APÊNDICE 2), que irá anteceder o preenchimento do formulário de colheita de dados.

Para a consecução deste projeto de intervenção comunitária foram pedidas autorizações à direção executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (ver APÊNDICE 3) e à coordenação médica da UCSP Linda-a-Velha (ver APÊNDICE 4), bem como solicitado o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, tendo sido autorizado a 13-07-2017 (ver ANEXO 3)

Os questionários foram aplicados aos pais/representantes legais das crianças, visto serem eles os responsáveis pelo cumprimento ou não do PNV, preenchidos pelo investigador, após assinatura do consentimento informado, em presença da pessoa, tendo-se excluído 5 crianças por não se terem conseguido contactar quer telefonicamente quer através de convocatória construída para o efeito e enviada pelo correio (ver APÊNDICE 6), nem mesmo após o pedido de colaboração à UCC Cuidar mais, na pessoa da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Rosa Franco.

### 3.1.5. Análise dos dados

Foi efetuada análise descritiva dos dados e estes apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, de frequência absoluta e relativa, elaborados com recurso ao programa SPSS, versão 23. Tendo em conta a estrutura do questionário, começamos pela caracterização das crianças (ver APÊNDICE 7), seguida da caracterização sociodemográfica dos pais (ver APÊNDICE 8), o estado vacinal dos irmãos (ver APÊNDICE 9) e por fim as razões de não cumprimento do PNV.

### 3.1.6. Apresentação dos resultados

Nas coortes alvo desta intervenção comunitária, incluem-se crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 7 anos, sendo que a idade média é de 5,92 anos. A maioria é do sexo masculino (75%) e de nacionalidade portuguesa (91,7%).

No que respeita ao seguimento das crianças em outras unidades para além da UCSP, metade das crianças é seguida particularmente, quer em clínicas privadas (4) quer em pediatras particulares (2).

Relativamente ao seu estado vacinal, constata-se que na maioria (91,7%) estão em falta as vacinas dos 5 anos (onde se inclui a VASPR2) e nos restantes 8,3% está em falta apenas a VASPR2, como demonstrado na tabela que a seguir se apresenta.

**Tabela 4:** Caracterização das crianças da Intervenção Comunitária “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

		Frequência Absoluta(N)	Frequência Relativa(%)
Idade	5 Anos	4	33,3
	6 Anos	5	<b>41,7</b>
	7 Anos	3	25
Sexo	Masculino	9	<b>75</b>
	Feminino	3	25
Nacionalidade	Portuguesa	11	<b>91,7</b>
	Estrangeira	1	8,3
Seguido em outra Unidade	Não	6	<b>50</b>
	Sim	6	<b>50</b>

<b>PNV em atraso</b>	Só VASPR2	1	8,3
	Vacinas dos 5 anos	11	<b>91,7</b>

Em termos de caracterização dos pais, mais de metade dos pais (58,3%) e a mesma percentagem das mães tem idades compreendidas entre 40 e 49 anos e 30 e 39 anos, respetivamente. A mesma percentagem (75%) de uns e outros são de nacionalidade portuguesa.

No que respeita às habilitações literárias, tanto nos pais como nas mães predomina o bacharelato ou licenciatura, ainda que se expressem em percentagens diferentes: 58,3% e 66,7%, respetivamente. Em termos laborais, 75% dos pais trabalham por conta de outrem, ao passo que a maioria das mães (66,7%) trabalha por conta própria (ver tabela 5); embora haja profissões comuns a ambos os grupos, existe uma grande variedade.

O estado civil predominante (58,3%) é o casado ou em união de facto, assim como a constituição do agregado familiar com 4 pessoas (58,3%). O tipo de habitação ser própria e situar-se no centro da localidade, obtém a maioria das respostas com 58,3% e 83,3%, respetivamente.

**Tabela 5:** Caracterização dos pais das crianças da Intervenção Comunitária “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

		Frequência Absoluta(N)		Frequência Relativa(%)	
		Pais	Mães	Pais	Mães
<b>Idade</b>	30 a 39 Anos	5	7	41,7	<b>58,3</b>
	40 a 49 Anos	7	5	<b>58,3</b>	41,7
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	9	9	<b>75</b>	<b>75</b>
	Estrangeira	3	3	25	25
<b>Habilitações Literárias</b>	Não sabe/responde	1	1	8,3	8,3
	Ensino secundário ou ensino profissional	4	3	33,3	25
	Bacharelato ou Licenciatura	7	8	<b>58,3</b>	<b>66,7</b>
<b>Situação Laboral</b>	Desempregado	0	1	0	8,3
	Por conta de outrem	9	5	<b>75</b>	41,7
	Por conta própria	3	6	25	<b>50</b>
<b>Estado Civil</b>	Casado ou união de facto	7		<b>58,3</b>	

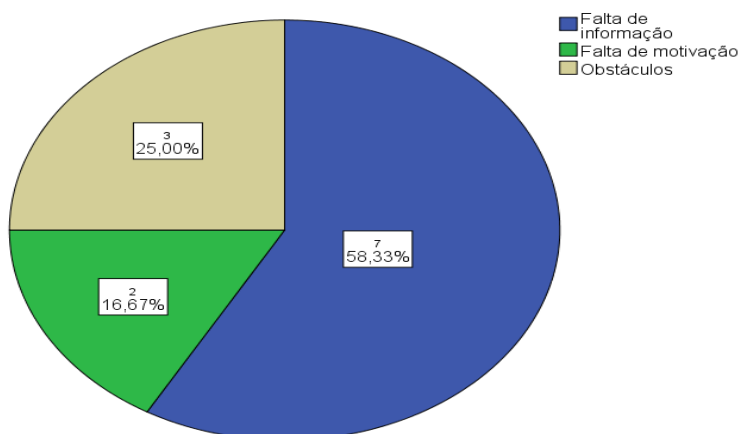
	Divorciado	5	41,7
<b>Agregado Familiar</b>	3 Pessoas	4	33,3
	4 Pessoas	7	<b>58,3</b>
	5 Pessoas	1	8,3
<b>Tipo de Habitação</b>	Arrendada ou alugada	5	41,7
	Própria	7	<b>58,3</b>
<b>Zona da Habitação Familiar</b>	Centro da localidade	10	<b>83,3</b>
	Arredores da localidade	2	16,7

Relativamente ao estado vacinal dos irmãos, é de salientar que predomina a existência de irmãos (91,7%) o que corresponde a 11 crianças, sendo que uma das crianças tem mais do que um irmão. Destas 11, a quase totalidade dos irmãos tem o PNV cumprido (90,9%), sendo que apenas numa das irmãs o PNV está parcialmente cumprido.

Como se constata pela análise do gráfico abaixo representado, 7 dos inquiridos (58,3%) aponta a falta de informação como a principal razão para o não cumprimento do PNV, seguida da presença de obstáculos (3 inquiridos; 25%) e da falta de motivação (2 inquiridos; 16,7%).

Quando questionados sobre o tipo de informação em falta, 3 referem desconhecer a necessidade de voltar para a 2ª inoculação, 2 relacionam a vacina com a entrada na escola, 1 desconhece a alteração do PNV e 1 estava segura de que estaria tudo em dia, já que os filhos são seguidos no particular.

**Gráfico 1:** Razões de não cumprimento do PNV



### 3.1.7. Identificação dos problemas de saúde

Da análise dos dados, nomeadamente a análise das razões do não cumprimento do PNV, emergem os seguintes problemas de saúde:

- 1) Não cumprimento da 2ª inoculação da VASPR, devido à falta de informação;
- 2) Não cumprimento da 2ª inoculação da VASPR, devido à falta de motivação;
- 3) Não cumprimento da 2ª inoculação da VASPR, devido à presença de obstáculos.

### 3.2. Determinação de Prioridades

A definição de prioridades constitui a 2ª etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde; condicionada pelo diagnóstico de situação, influencia a fixação de objetivos (Imperatori e Giraldes, 1982). “Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisões” (Tavares, 1990, p. 83).

A priorização dos problemas de saúde da população traduz a sua importância e determina o grau de atenção que se lhes dá (Nunes, 2016). Baseados em Pineault e Daveluy (1989), os principais critérios para priorizar problemas de saúde são a importância do problema, a relação entre o problema e os fatores de risco, a capacidade de solucionar o problema e a exequibilidade da solução. Como tal, para a priorização dos problemas foi escolhida a técnica da grelha de análise uma vez que nos parece ser a mais adequada ao Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender.

De acordo com os mesmos autores (Pineault e Daveluy, 1989) existe uma relação de causalidade entre a ação proposta (a vacinação) e os resultados que se esperam alcançar (aumento das taxas de cobertura vacinal). Na aplicação desta técnica, utiliza-se a classificação de mais (+) ou menos (-) para cada um dos critérios anteriormente referidos; a prioridade obtém-se seguindo a grelha (ver ANEXO 4).

De acordo com os resultados que são os apresentados no APÊNDICE 10, o problema com maior prioridade para intervir é o problema 1, não cumprimento da 2ª inoculação da VASPR, devido à falta de informação. Com base no referencial teórico de enfermagem, ao intervir ao nível cognitivo de forma eficaz, asseguramos compromissos de ação que se mantêm a médio e longo prazo.

Após a priorização, foi formulado o diagnóstico de enfermagem com base na CIPE® versão 2015 e enunciado da seguinte forma: ***Adesão ao regime de imunização comprometido, relacionado com o défice de informação.***

### **3.3. Fixação de objetivos**

“Esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos e à execução do plano em causa” (Imperatori e Giraldes, 1982, p. 43). Desta forma, pode afirmar-se que um objetivo não é mais do que o resultado pretendido para a população-alvo, após a implementação do projeto (Tavares, 1990).

Baseados no diagnóstico de enfermagem anteriormente enunciado, definimos como objetivo geral:

- Aumentar o n.º de utentes com esquema vacinal atualizado à data de conclusão da intervenção comunitária na UCSP Linda-a-Velha, para as crianças nascidas em 2010 e 2011, entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018.

Enquanto um objetivo se traduz em termos de indicadores de resultado ou de impacto, um objetivo operacional ou meta é traduzido em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1982). Como tal, para a consecução deste objetivo, foram definidas 3 metas a alcançar no final da nossa intervenção comunitária:

- Atualizar o estado vacinal de pelo menos 75% das crianças identificadas como tendo o PNV em atraso para a VASPR2;
- Vacinar, pelo menos, 60% das crianças identificadas como tendo o PNV em atraso para a VASPR2;
- Alcançar a taxa de cobertura vacinal da VASPR2 preconizada pela DGS, nas crianças nascidas em 2010 e 2011.

### 3.4. Seleção de estratégias

“Com uma definição de estratégias, em termos inovadores e criativos, pretende-se propor novas formas de actuação que permitam alcançar os objectivos fixados e inflectir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde” (Imperator e Giraldes, 1982, p.65).

Baseados no referencial teórico adotado, o conceito de enfermagem está inequivocamente relacionado às intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para a promoção da saúde (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). A EpS surge como componente da promoção da saúde, através da qual os profissionais de saúde fornecem a informação necessária para o processo de tomada de decisão partilhada (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

Contudo, a saúde individual não se dissocia da saúde comunitária: *“A shift to this broader perspective of health facilitates development of proactive policies to improve the health of all”* (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015, p. 23).

Tendo como linha orientadora estes pressupostos, utilizou-se como principal estratégia de intervenção a educação para a saúde, levada a cabo sob a forma de sessões individuais aos pais. Segundo o ECDC (2016), na maioria dos países europeus, os prestadores de cuidados são assumidos como a mais importante e confiável fonte de informação, relacionada com as doenças prevenidas pela vacinação, principalmente para os pais, que são quem expressa mais preocupações. Tal facto coloca os prestadores de cuidados no geral, e os enfermeiros no particular, na melhor posição para ajudar e apoiar os pais nesta matéria. Em complementaridade a esta intervenção, foi construído um folheto informativo que resume as principais ideias inerentes à temática em estudo (ver APÊNDICE 11).

A realização de um poster (ver APÊNDICE 12), bem como de um vídeo promocional (ver APÊNDICE 13) surgem no âmbito do marketing social como promotor de mudança generalizada, ou seja, oferecendo benefícios potenciais e reduzindo barreiras, faz uso da persuasão para convencer a população de que o produto (neste caso a vacinação) é a solução para o problema a ser tratado (as baixas taxas de cobertura vacinal colocando em risco a imunidade de grupo).

Como referido por Pender (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015) o marketing social vai além da educação para a mudança de comportamentos, ao enfatizar o comportamento desejado, os profissionais levam as pessoas a desejar adotar esse comportamento.

A sala de espera é um espaço privilegiado onde o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pode estabelecer uma relação mais próxima com o utente, já que é aqui que as pessoas se encontram e partilham experiências vividas. Promover a saúde, através da EpS, neste espaço possibilita a aquisição de conhecimentos essenciais à adoção de estilos e hábitos de vida mais saudáveis, uma vez que ao facilitar a compreensão dos DSS, o enfermeiro leva o utente à mudança de comportamentos e consequentes ganhos em saúde (Milani e Germani, 2012).

Neste propósito, pode ser útil combinar os documentos disponíveis na sala de espera com as práticas de prevenção introduzidas durante a consulta, assim como os folhetos informativos fornecidos durante a consulta, a fim de reforçar a mensagem educativa do profissional de saúde (Gignon *et al*, 2012).

O uso de mensagens audiovisuais sobre vacinação nas salas de espera está associado a um aumento da adesão à vacinação, podendo ser usado para disseminar outro tipo de informações de saúde, prática bem aceite pelos utentes (Eubelen *et al*, 2011).

Para intervir junto da equipa da UCSP optámos pela mesma abordagem, contudo numa sessão coletiva centrada somente no grupo profissional das assistentes. A razão desta intervenção prende-se com a necessidade cada vez mais premente de manter tão estreito quanto possível o canal de comunicação entre as famílias e a unidade/equipa de saúde e serem elas (as assistentes) o primeiro rosto da unidade de saúde.

Ainda que esta necessidade tenha sido sentida numa fase mais inicial deste projeto, condicionou em determinados momentos a sua realização. A inclusão desta intervenção foi validada com a Sr<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Chefe da UCSP. Decorrente da mesma, foi elaborado o Guia de Acolhimento do Utente (ver APÊNDICE 14).



### 3.5. Preparação da Execução

“Um projecto é um conjunto de actividades contribuindo para a execução de um programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo” (Tavares, 1990, p. 165). Como tal, torna-se necessário explicitar em termos de quando, onde e como as actividades devem ser realizadas e quem está encarregue de as executar.

Como referido anteriormente, a principal estratégia foi a educação para a saúde sob a forma de sessões individuais aos pais aquando da vacinação. Estas sessões foram realizadas na sala de vacinação da UCSP, em data e hora acordada pelos pais e efetuadas mediante um plano de sessão (ver APÊNDICE 15) que culmina com a entrega do folheto informativo, após a avaliação da sessão, com base em questionário construído para esse fim (ver APÊNDICE 16).

Concomitantemente, foi afixado na mesma sala de vacinação o poster, assim como iniciada a visualização do vídeo promocional, no circuito interno de televisão da UCSP. Toda a informação constante no folheto informativo, no poster e na apresentação foi retirada dos sites da ECDC e da DGS.

A sessão com as administrativas foi realizada na sala de reuniões da UCSP, no dia e hora acordado entre o grupo a que se destinou. Da mesma forma, foi efetuada com base num plano de sessão (ver APÊNDICE 17) com recurso ao PowerPoint (ver APÊNDICE 18). A informação transmitida foi retirada dos artigos da revisão *scoping*.

Para uma melhor compreensão destas actividades, as mesmas serão agora apresentadas por meio de quadros.

**Quadro 1:** Sessão de EpS individual, dirigida aos pais participantes no projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

<b>ATIVIDADE</b>	Sessão de EpS individual dirigida aos pais
<b>QUEM</b>	Um enfermeiro
<b>QUANDO</b>	Entre janeiro e fevereiro de 2018
<b>ONDE</b>	Sala de Vacinação da UCSP Linda-a-Velha
<b>COMO</b>	Método expositivo, durante cerca de 12'
<b>OBJETIVO</b>	▪ Realizar, pelo menos, 60% das sessões planeadas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que, pelo menos 75%, dos participantes seja capaz de identificar o agente, a via de transmissão e o método de prevenção da doença</li> <li>▪ Que, pelo menos, 75% dos participantes identifique o esquema vacinal preconizado pela DGS para a VASPR</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N.º de sessões realizadas/N.º de sessões planeadas</li> <li>▪ N.º de participantes que identifica corretamente/N.º de participantes nas sessões efetuadas</li> <li>▪ N.º de participantes que identifica corretamente/N.º de participantes nas sessões efetuadas</li> </ul>

**Quadro 2:** Administração das vacinas em atraso às crianças participantes no projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

<b>ATIVIDADE</b>	Administração das vacinas em atraso às crianças
<b>QUEM</b>	Um enfermeiro
<b>QUANDO</b>	Entre janeiro e fevereiro de 2018
<b>ONDE</b>	Sala de Vacinação da UCSP Linda-a-Velha
<b>COMO</b>	Administração das vacinas em atraso
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacinar, pelo menos, 60% das crianças participantes no projeto</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N.º de crianças vacinadas/ N.º de sessões planeadas</li> </ul>

**Quadro 3:** Sessão coletiva dirigida às assistentes da UCSP Linda-a-Velha

<b>ATIVIDADE</b>	Sessão coletiva dirigida às assistentes da UCSP Linda-a-Velha
<b>QUEM</b>	Um enfermeiro
<b>QUANDO</b>	Em fevereiro de 2018
<b>ONDE</b>	Sala de Reuniões da UCSP Linda-a-Velha
<b>COMO</b>	Método expositivo (powerpoint), durante cerca de 20’
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que, pelo menos, 75% das assistentes esteja presente na sessão</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que 100% das assistentes consiga identificar as estratégias propostas</li> </ul>

### 3.6. Avaliação

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir” (Imperatori e Giraldes, 1982, p. 127). Avalia-se calculando taxas de execução através dos indicadores de execução e/ou atividade anteriormente definidos – “É pela avaliação que se sabe se um plano foi eficaz, isto é, se os objetivos predefinidos foram ou não atingidos” (Nunes, 2016, p. 45).

Assim, pretendemos determinar em que medida as estratégias por nós escolhidas foram as adequadas e contribuíram para o sucesso das metas traçadas. O problema prioritário referia a falta de informação como a principal causa de não cumprimento da 2ª inoculação da VASPR, tendo-se selecionado as sessões individuais de EpS aos pais como a principal estratégia da nossa intervenção.

Para esta intervenção, foram definidos indicadores de atividade, assim como indicadores de resultado. Foi planeada a realização de 12 sessões individuais de EpS, no entanto apenas se conseguiram realizar 10. Nas sessões realizadas, a totalidade dos participantes identificou corretamente o agente, a via de transmissão, o método de prevenção bem como o esquema vacinal preconizado pela DGS para a VASPR.

Tendo em conta o que estava proposto, o quadro seguinte demonstra quais os resultados alcançados.

**Quadro 4:** Avaliação das sessões individuais de EpS

<b>Indicador</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado alcançado</b>
N.º de sessões realizadas/N.º de sessões planeadas	Realizar, pelo menos, 60% das sessões planeadas	<b>83,3%</b>
N.º de participantes que identifica corretamente/N.º de participantes nas sessões efetuadas	Que, pelo menos 75%, dos participantes seja capaz de identificar o agente, a via de transmissão e o método de prevenção da doença	<b>100%</b>
N.º de participantes que identifica corretamente/N.º de participantes nas sessões efetuadas	Que, pelo menos, 75% dos participantes identifique o esquema vacinal preconizado pela DGS para a VASPR	<b>100%</b>

Relativamente às atividades complementares de EpS, apenas referir que ambas as atividades planeadas – o poster e o vídeo promocional, foram realizadas dentro do *timing* previsto.

No que diz respeito à administração das vacinas, a totalidade dos pais consentiu que o seu filho fosse vacinado; assim, e tendo em conta que foram vacinadas 10 das 12 crianças abrangidas pela nossa intervenção (83,3%), o objetivo proposto de vacinar 60% das crianças foi superado.

Inicialmente, planeou-se a realização de apenas uma sessão coletiva com as administrativas com o objetivo de que, pelo menos, 75% das assistentes estivesse presente nessa sessão. Contudo, tendo em conta a importância do seu trabalho na promoção de uma boa relação entre as famílias e a unidade/equipa de saúde, optou-se por realizar duas sessões e desta forma, englobar a totalidade da classe profissional pretendida. No final das sessões, quando questionadas sobre as estratégias sugeridas, a totalidade das assistentes conseguiu identificar as estratégias propostas.

Confrontando os resultados alcançados com as metas delineadas para a nossa intervenção comunitária, podemos afirmar com segurança, que as estratégias por nós utilizadas se revelaram as adequadas, como se pode constatar no quadro que se segue.

**Quadro 5:** Avaliação das metas do projeto “Sarampo: ameaça real ou virtual?”

<b>META</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>TOTAL</b>
Atualizar o estado vacinal de pelo menos 75% das crianças identificadas como tendo o PNV em atraso para a VASPR2	81,3%	87%	<b>84,2%</b>
Vacinar, pelo menos, 60% das crianças identificadas como tendo o PNV em atraso para a VASPR2	80%	85,7%	<b>82,9%</b>
Alcançar a taxa de cobertura vacinal da VASPR2 preconizada pela DGS, nas crianças nascidas em 2010 e 2011	98,4%	98,3%	<b>98,4%</b>

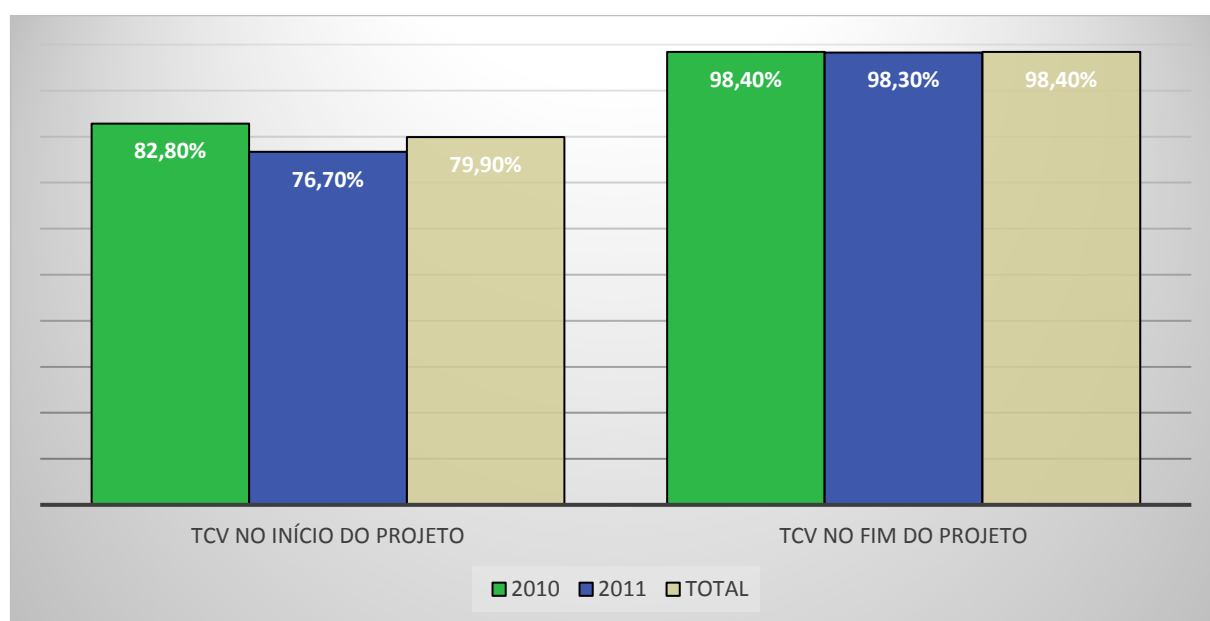
O indicador de saúde que reflete a proteção contra as doenças infecciosas do indivíduo é a taxa de cobertura vacinal, na medida em que, quanto menor a taxa de cobertura vacinal, menor a proteção do indivíduo contra essas mesmas doenças. Perante o exposto, constitui um indicador indispensável na monitorização do estado de saúde de uma população (DGS, 2012).

Tendo em conta o diagnóstico de Enfermagem inicialmente definido, apraz-nos dizer que a adesão ao regime de imunização passou de comprometida a não comprometida.

Desta forma, estamos convictos que a escolha do MPS de Nola Pender foi o mais adequado, atingindo-se resultados muito significativos com a intervenção cognitiva, nomeadamente com as sessões individuais de EpS. Nola Pender defende que *“for people to alter how they behave, they must alter how they think”* (Pender, 2011, p. 2).

Apesar de difícil de avaliar, conseguimos a tão esperada mudança de comportamentos da nossa população, tendo em conta que aumentámos o n.º de utentes com esquema vacinal atualizado à data de conclusão da nossa intervenção comunitária na UCSP Linda-a-Velha, como demonstrado no gráfico 2.

**Gráfico 2:** Avaliação da taxa de cobertura vacinal da VASPR2, antes e após a intervenção comunitária, por coorte de nascimento



A realização desta intervenção comunitária trouxe ganhos em saúde, não só para a população por ela abrangida, mas para a população em geral. Concomitantemente, ajudou à melhoria dos indicadores de saúde da UCSP Linda-a-Velha e consequentemente do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Através das estratégias utilizadas, os pais identificaram quais as barreiras e os benefícios da vacinação no imediato. Contudo, para se avaliar de forma mais fidedigna se os resultados e as mudanças de comportamento desejadas se mantêm a médio-longo prazo, é imprescindível que se mantenha a monitorização do estado vacinal destas coortes nos anos vindouros.

#### 4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEECS “assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (OE, 2010, p. 1).

Ao longo do seu percurso enquanto especialista, o enfermeiro adquire as competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas do indivíduo, família, grupo e comunidade, assim como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção que visam a capacitação e *empowerment* das comunidades (OE, 2010).

Com base no artigo 4º do regulamento n.º 128/2011 do Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, são competências do EEECS:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (DR, 2011, p. 8867).

O desenvolvimento desta intervenção comunitária permitiu-nos, através da Metodologia de Planeamento em Saúde, efetuar a avaliação do estado vacinal das coortes de 2010 e 2011 e através da identificação das razões do não cumprimento do PNV, assim como dos objetivos traçados e das estratégias delineadas contribuir para a capacitação do grupo estudado.

A opção pela temática teve em linha de conta as orientações da DGS, assim como as prioridades da UCSP Linda-a-Velha. As mudanças de comportamento ocorridas na população abrangida pela nossa intervenção comunitária, contribuíram para a melhoria do seu estado vacinal, bem como para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

De acordo com Stanhope e Lancaster (2011) “a formação educativa do especialista em enfermagem clínica de saúde pública e de saúde comunitária inclui um mestrado e baseia-se na síntese dos conhecimentos atuais e de investigação em enfermagem, saúde pública e outras disciplinas científicas” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 972).

Ou seja, para além das funções gerais e específicas do EEECS, a integração no 2º ciclo de Bolonha promove no enfermeiro o desenvolvimento de outras competências, nomeadamente, aprender a pensar, desenvolver espírito crítico e análise de problemas, bem como estimular a liderança e a adaptação à mudança.

O nosso percurso académico, ao longo destes cerca de dezoito meses, proporcionou-nos o desenvolvimento de competências técnico-científicas que nos capacitaram para trabalhar com motores de busca e desenvolver/aprofundar o nosso conhecimento – a realização da revisão *scoping* constituiu uma mais-valia para o conhecimento da temática em estudo.

A nossa passagem, durante a fase da elaboração do projeto, pela UCC Cuidar Mais e pela USP Paço de Arcos, permitiu-nos ter uma visão mais abrangente sobre a temática da vacinação, bem como da sua importância enquanto indicador de saúde de uma comunidade.

A realização do estágio foi de extrema importância na medida em que nos proporcionou solidificar e aplicar conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, assim como fazer uso de outras plataformas informáticas da saúde, nomeadamente SINUS, RCV, PDS e Vacinas.

A escolha do referencial teórico contribuiu para uma prática profissional mais sólida, incrementando a qualidade dos cuidados prestados, assim como nos ajudou a perceber de que forma as ciências sociais, nomeadamente a Psicologia, podem influenciar a prática da Enfermagem.

A realização desta intervenção comunitária elucidou-nos sobre a forma como o sistema de saúde português está organizado, como se articula com órgãos internacionais, nomeadamente a OMS e o ECDC e de que forma as orientações internacionais influenciam as recomendações emanadas pela DGS, mais concretamente as que dizem respeito ao PNV.



Baseados no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem adotado por Benner (2001), consideramo-nos entre o estadio 3 e 4, na medida em que “a enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da enfermagem” (Benner, 2011, p. 54).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Cuidados de Saúde Primários “constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, porque continuam a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população” (Ministério da Saúde, 2006, p.4).

São o foco do sistema de saúde de um país e representam o primeiro nível de contacto com os cuidados de saúde, “pelo qual (...) são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 2).

O cidadão, centro dos sistema de saúde, pode e deve influenciar as políticas de saúde que afetam a saúde comunitária, constituindo-se como importante impulsionador de mudança. Nesta sua demanda pela defesa da saúde individual e coletiva, deve estar informado para assumir tal responsabilidade – ser informado não basta; a informação deve ser integrada e convertida em mudança de comportamento, sempre que a situação o justifique.

A prevenção primária salvaguarda a saúde protegendo-a contra as ameaças, ou seja, “diz respeito a intervenções com o objectivo de prevenir a ocorrência de doença, lesão ou incapacidade” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 268).

“O PNS propõe a realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, (...)” (DGS, 2015, p. 14). A vacinação contribui para a proteção individual, assim como para a coletiva, através da imunidade de grupo (ECDC, 2015).

A nossa intervenção comunitária – Sarampo: ameaça real ou virtual? Promovendo a imunidade de grupo, foi desenvolvida com o intuito de, tendo em conta a realidade nacional (relativa ao sarampo) e concomitantemente as orientações emanadas pela DGS, contribuir para a melhoria das taxas de cobertura vacinal, relativamente à 2ª inoculação da VASPR, nas coortes de 2010 e 2011, na UCSP Linda-a-Velha.

Com recurso à Metodologia de Planeamento em Saúde, ancorados no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, adquirimos as competências técnico-científicas necessárias que nos permitiram a implementação do projeto de intervenção de saúde neste grupo; contribuindo para a sua capacitação e consequente promoção de saúde que, conjuntamente com o trabalho com a equipa da UCSP, se traduziu em ganhos em saúde para a população.

Considerando que as metas delineadas foram amplamente superadas, podemos concluir que as estratégias escolhidas foram as indicadas; como tal, atrevemo-nos a afirmar que as estratégias utilizadas nestas coortes e para esta vacina são facilmente reproduzíveis e aplicadas a outra coorte ou vacina, pelo que se revelaram uma mais-valia no campo da vacinação.

Ainda assim, é importante referir que o fator tempo foi a principal limitação do nosso projeto de intervenção comunitária, uma vez que, o limite temporal imposto pela escola, nos levou a ter que optar pelas coortes abrangidas, excluindo outras de igual importância nesta matéria, assim como não conseguimos avaliar qual o impacto do poster e do vídeo promocional na população em geral.

Para terminar, referir que apesar de inúmeros os desafios, ultrapassá-los contribuiu enormemente para o nosso processo de aprendizagem. É com enorme satisfação, e o sentimento de dever cumprido, que afirmamos que, e apesar de ser a primeira e única experiência com esta metodologia, toda a trajetória formativa constituiu um marco importante e fundamental no nosso desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional. Agora, estamos mais certos da nossa opção e preparados para uma nova etapa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2003). Increasing Immunization Coverage. *Pediatrics*, 112 (4), 993-996.
- Buss, P.M. (2010). O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Disponível em <https://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Circular Normativa 01/CD/2017 de 02-03-2017. *Melhoria das coberturas vacinais: prioridade para as unidades funcionais* (2017). Lisboa: ARSLVT.
- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata/URSS.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Referente à constituição e organização dos ACES. *Diário da república I Série*, N.º 38 (22-02-2008) 1182-1189.
- Direção-Geral da Saúde (2002). A Vacinação e a sua história. *Cadernos da Direção-Geral da Saúde*. N.º 2 (Outubro 2002). Págs. 3-7.
- Direção-Geral da Saúde (2004). Avaliação do Programa Nacional de Vacinação: 2º Inquérito Serológico Nacional Portugal Continental 2001-2002. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/2-inquerito-serologico-nacional-livro-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). *Perguntas e respostas sobre vacinação*. Lisboa: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Resumo da atividade epidémica do Sarampo na Europa*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/sarampo-atualizacao-atividade-epidemica-na-europa-a-30-de-maio-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017a). *Programa Nacional de Vacinação: PNV 2017*. Lisboa: DGS Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2017b). *Boletim Epidemiológico – Sarampo em Portugal: situação a 6 de julho*. Lisboa: DGS.

Eubelen, C., Brendel, F., Belche, JL, Freyens, A., Vanbelle, S., Giet, D. (2011) Effect of an audiovisual message for tetanus booster vaccination broadcast in the waiting room. *BMC Family Practice*, 12 (104), 1-5. **DOI:** 10.1186/1471-2296-12-104

European Centre for Disease Prevention and Control (2015). *What is community immunity and why is it important?*. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/healthtopics/immunisation/Documents/ecdc-community-immunity-leaflet.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control (2016). *Let's talk about protection: Enhancing childhood vaccination uptake*. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-protection-vaccination-guide.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control (2017). *Epidemiological Update: measles monitoring European outbreaks, 6 april 2017*. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/epidemiological-update-measles-monitoring-european-outbreaks-170406>

Ferreira, M., Dias, M.O. (2005). *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Frade, J.M.G., Frade, M.F.G., Henriques, C.M.G., Silva, A., Gonçalves, G. (2017). A enfermagem e a vacinação: evolução do cumprimento da vacina combinada contra sarampo, parotidite e rubéola. *Referência*, série IV – nº 13, 9-18. **DOI:** 10.12707/RIV17002

Freitas, M.G. (2015). 50 anos do PNV. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnv-50-anos-pdf.aspx>

- Gardner, B., Davies, A., McAteer, J., Michie, S. (2010). Beliefs underlying UK parents' views towards MMR promotion interventions: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*. 15 (2), 220-230.
- George, F. (2013). Mensagem do Diretor-Geral da Saúde. In Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo*. Lisboa: DGS.
- Gignon, M., Idris, H., Manaouil, C., Ganny, O. (2012) The waiting room: vector for health practice education? The general practitioner's point of view. *BMC Research Notes*, 5 (511), 1-6. **DOI:** 10.1186/1756-0500-5-511.
- Gomes, M. C., Domingos, T., Paulo, A. C. (1999). Condições para a eliminação do sarampo, parotidite e rubéola com duas doses de vacina. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 30 (5), 403-408.
- Hill, MM., Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hobson-West, P. (2003). Understanding vaccination resistance: moving beyond risk. *Health, Risk & Society*, 5 (3), 273-283.
- Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia Do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Canada: Minister of Supply and Services. Disponível em: <http://www.phacaspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidata.
- Loureiro, H. (2004). Eficácia em vacinação: elementos essenciais na prática de Enfermagem. *Referência*, Nº 12, 61-72.
- Ma, C., Li, F., Zheng, X., Zhang, H., Duan, M., Yang, Y. ... Gao, L. (2015). Measles vaccine coverage estimates in an outbreak three years after the nation-wide campaign in China: implications for measles elimination, 2013. *BMC Infectious Diseases*, 15 (23), 1-8. **DOI:** 10.1186/s12879-015-0752-z.

- MacLean, S., Hopkins, C., Arif, Z., Drake, L., Gayle, E. (2013). What can nurses do to improve uptake of the MMR Vaccination? *Nursing Standard*, 27 (38), 26-27.
- McKeown, R.E., Messias, D.K.H. (2011). Epidemiologia. In Stanhope, M.; Lancaster, J. (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Portuguesa (pp. 251-289). Loures: Lusodidacta.
- Milani, L., Germani, A.R.M. (2012). Sala de espera: um cenário para a promoção da saúde. *Revista de Enfermagem*, 8 (8), 114-127.
- Ministério da Saúde (2006). *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Tadinense – Artes Gráficas.
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7<sup>th</sup> ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pender, N.J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. Michigan: University of Michigan. Disponível em: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL.rev\\_5-11.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL.rev_5-11.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pineault, R., Daveluy, C. (1989). *La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: SG Masson.
- Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro Especialista em enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. DR 2ª série n.º 35 (18-02-2011). 8667-8669.
- Sakraida, T.J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A.M. Tomey & M-R- Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (pp. 699-715). Loures: Lusociência.

- Shan, Y. (2011). Strategies to improve vaccination uptake rates. *Primary Health Care*, 21 (2), 16-21.
- Stanhope, M. (2011). Vigilância de Saúde Pública e Investigação de Surtos. In Stanhope, M.; Lancaster, J. (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Portuguesa (pp. 499-515). Loures: Lusodidacta.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde 14 na Comunidade Centrados na População*. 7ªed. Portuguesa. Loures: Lusodidacta.
- Subtil, C., Vieira, M. (2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referencia*. III série (4), 167-174. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a18.pdf>
- Sy, F.S., Long-Martin, S.C. (2011). Prevenção e Controlo de Doenças Infecciosas. In Stanhope, M., Lancaster, J. (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Portuguesa (pp. 909-942). Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Central de Impressão do Hospital Dona Estefânia.
- Victor, J.F., Lopes, M.V.O., Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, 18 (3), 235-240
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion – An International Conference on Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1)
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneve: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>



WHO (2016). Measles jab saves over 20 million young lives in 15 years, but hundreds of children still die of the disease every day. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/measles-children-death/en/>

WHO (2017). *Measles: know the risks, check your status, protect yourself*. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/measles/en/>

Williams, C.A., Stanhope, M. (2011). Prática Focada na População: O Fundamento da Especialização em Enfermagem de Saúde Pública. In Stanhope, M., Lancaster, J. (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Portuguesa (pp. 2-21). Loures: Lusodidacta.

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXO 1: PNV 2017 – Esquema Vacinal Recomendado**

Vacina   Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Haemophilus influenzae b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
Streptococcus pneumoniae		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
Neisseria meningitidis C					MenC 1							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano¹								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa²									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria³								Td	Td	Td	Td	Td

<sup>1</sup> Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses.

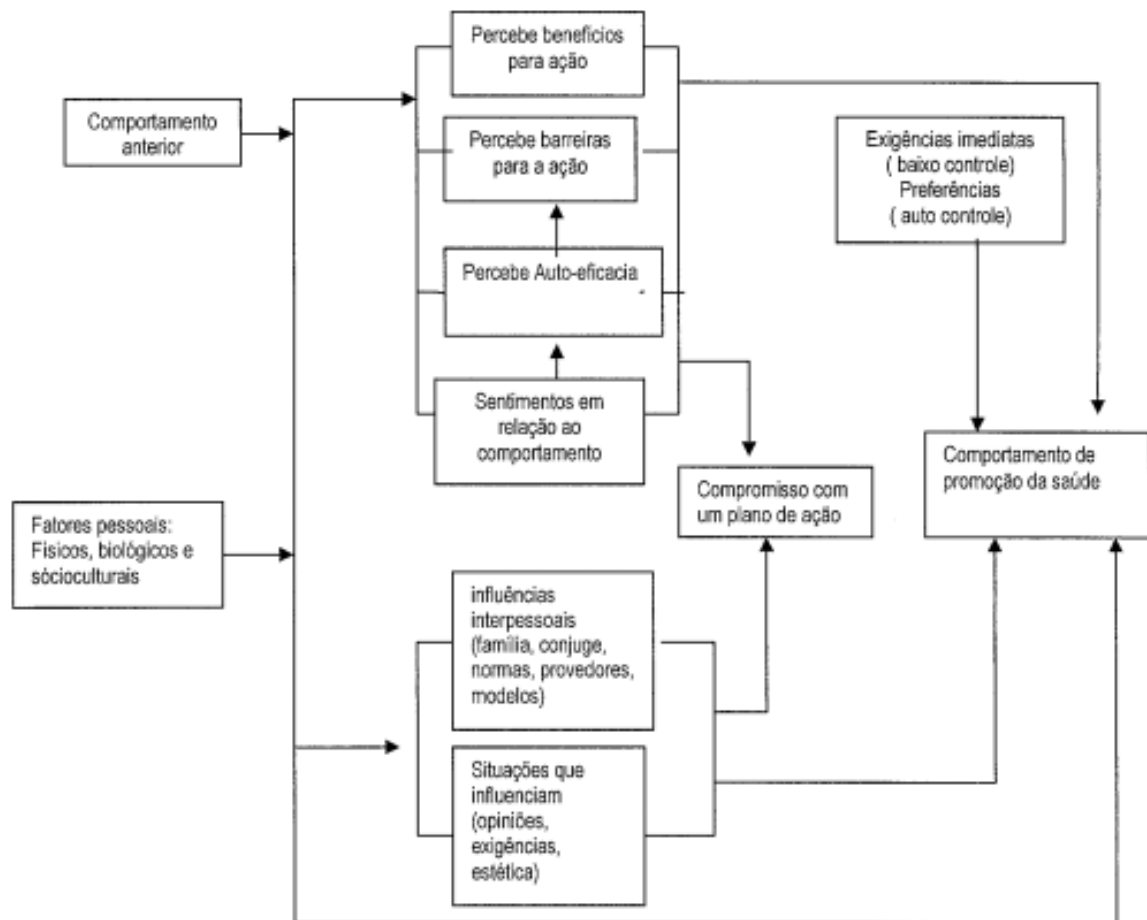
<sup>2</sup> Aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez.

<sup>3</sup> De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há  $\geq 10$  anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos

**FONTE:** Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 21. Acedido em 03-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>

## **ANEXO 2: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

### Modelo de Promoção de Saúde (revisto)



**FONTE:** Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*, 2015, p. 35

### **ANEXO 3: Parecer da CES**

Exma. Senhora

Dr. <sup>a</sup> Sara Lobo

[saara.ap@gmail.com](mailto:saara.ap@gmail.com)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

7892/CES/2017

10.07.2017

**Assunto: Sarampo: ameaça Real ou Virtual? Promovendo imunidade de grupo.**

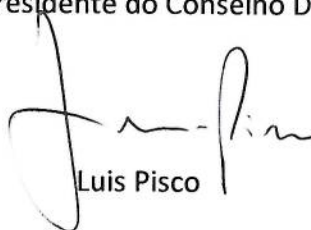
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 7.07.2017, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

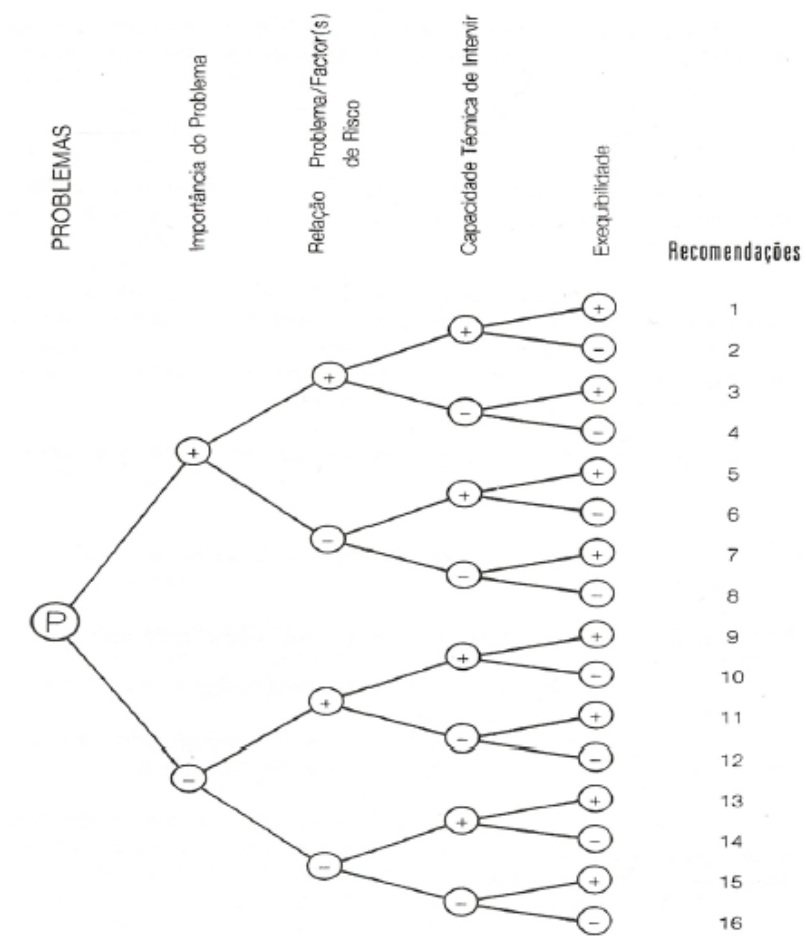
Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

  
Luis Pisco



#### **ANEXO 4: Grelha de Análise**



**FONTE:** Traduzido de *La Planificacion Sanitaria*, 1989, p. 35

**ANEXO 5:** Contacto, via correio eletrónico, com a Digníssima Dr.<sup>a</sup> Nola Pender



Sara Lobo &lt;saara.ap@gmail.com&gt;

---

**Request for help**

2 mensagens

---

**Sara Lobo** <saara.ap@gmail.com>  
Para: npender@umich.edu

21 de junho de 2017 às 21:43

Dear Dr. Pender,

My name is Sara Lobo, I'm a nurse. Currently I am studying to do the specialty and masters in Community Nursing.

In this context, I will develop a community intervention project whose purpose is to increase vaccination coverage rates of MMR by analyzing the reasons that lead to noncompliance with the vaccination program.  
To do this, and after a bibliographic search, I found a form of the World Health Organization on the subject.

Since I have chosen your theoretical model for my work, I would like to ask for your help: given your model, is there any instrument for collecting data on this subject?

Thank you for your attention.  
Sincerely,

Sara Lobo

---

**Nola Pender** <npender@umich.edu>  
Para: Sara Lobo <saara.ap@gmail.com>

21 de junho de 2017 às 23:43

Hi Sara:

I do not have an instrument to collect data on your subject. I am sending you an attachment with some sample instruments in the area of physical activity---perhaps you can adapt the format of one of the instruments to your topic. If you cannot, you may want to use the Health Belief Model which focuses on threats to health as a motivational factor. Good luck with your community intervention project.

Wishing you good health,

Nola Pender  
[Citação ocultada]

**HEALTH PROMOTION MODEL WEBSITES.docx**  
14K

**ANEXO 6:** Contactos, via correio eletrónico, com o Escritório Europeu da OMS

17/04/2018

Gmail - Automatic reply: REQUEST OF HELP!!!!



Sara Lobo <saara.ap@gmail.com>

---

**Automatic reply: REQUEST OF HELP!!!!**

1 mensagem

---

**LINDMEIER, Christian** <lindmeierch@who.int>  
Para: Sara Lobo <saara.ap@gmail.com>

13 de julho de 2017 às 23:12

Thank you for your message.

I am currently on duty travel and may only be able to reply on Friday, 14 July.

For media requests please contact Tarik Jasarevic [jasarevict@who.int](mailto:jasarevict@who.int), Fadela Chaib [chaibf@who.int](mailto:chaibf@who.int), or [mediainquiries@who.int](mailto:mediainquiries@who.int).

To receive latest news from WHO, please subscribe to our mailing list by completing the brief questionnaire below: <http://extranet.who.int/dcomform> (Username: media, Password: media)

Best regards  
Christian Lindmeier



Sara Lobo &lt;saara.ap@gmail.com&gt;

---

**Automatic reply: MEASLES!!! MEASLES!!!! MEASLES!!!**

2 mensagens

---

**SALVI, Cristiana** <salvic@who.int>  
Para: Sara Lobo <saara.ap@gmail.com>

18 de julho de 2017 às 18:42

Thank you for your message.

I am on leave and will not be able to monitor my emails regularly. I will respond to your query from 1 August 2017.

For any urgent issue please contact Cory Couillard at [couillardc@who.int](mailto:couillardc@who.int); for media queries please contact Liuba Negru at [negrul@who.int](mailto:negrul@who.int).

Thank you  
Cristiana Salvi

---

Cristiana Salvi  
Communications Officer  
Communicable Diseases & Health Security  
WHO Regional Office for Europe  
Marmovej 51 DK-2100 Copenhagen Ø Denmark  
Tel.: +45 4533 6837 Mob.: +45 2963 4218  
Fax: +45 4533 7001  
Please note new e-mail: [salvic@who.int](mailto:salvic@who.int)  
Skype: cri.salvi

---

**KIAER, Tina Charlotte** <kiaert@who.int>  
Para: Sara Lobo <saara.ap@gmail.com>

18 de julho de 2017 às 18:42

I am on Annual Leave until Wednesday 9 August and will not be monitoring emails.

In case of urgencies, I can be reached at +45 30 36 37 76

For media-related enquiries, please contact Liuba Negru at [Negrul@who.int](mailto:Negrul@who.int)

## **APÊNDICE 1:** Cronograma de Atividades





## **APÊNDICE 2: Consentimento Informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
INVESTIGAÇÃO**  
**de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** Sarampo: ameaça real ou virtual? Promovendo imunidade de grupo.

**Enquadramento:** Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação do Sr. Professor António Major. A realização deste estudo pretende contribuir para o aumento das taxas de cobertura vacinal, promovendo a imunidade de grupo.

**Explicação do estudo:** Para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de um formulário, que será preenchido por mim, na presença do participante. Os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo (a criança, os pais e o contexto familiar) e relativos às razões para o atraso na vacinação. O preenchimento do formulário demorará aproximadamente 15 minutos. Os participantes são pais de crianças de 7 anos de idade, inscritos na UCSP, com e sem médico atribuído com a 2ª dose da vacina anti sarampo, parotidite epidémica e rubéola em atraso.

**Condições e financiamento:** A sua participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer influência no atendimento desta unidade e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

---

<sup>1</sup>[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup><http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Confidencialidade e anonimato:** Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de carácter científico mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

**Agradeço a sua participação.**

Sara Lobo, Enfermeira, Telemóvel: 965007785, correio eletrónico:  
saralobo@campus.esel.pt

**Assinatura do investigador:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: \_\_\_\_\_

BI/CD N.º: \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**APÊNDICE 3:** Autorização da Direção Executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Dr. Rafic Ali Nordin

Sara Patrícia Afonso de Sousa Pereira de Castro Lobo, a exercer funções de enfermeira na Unidade de Diálise Peritoneal do Hospital de Santa Cruz, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem – na Área de Especialização em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar o projeto de intervenção comunitária subordinado ao tema “Sarampo: ameaça real ou virtual? Promovendo imunidade de grupo”, vem por este meio solicitar a V.Ex<sup>a</sup>. autorização para desenvolver o projeto na UCSP Linda-a-Velha.

Este projeto tem como professor orientador o Exmo. Sr. Professor António Major e como orientadora a Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Lurdes Costa e Silva (Coordenadora de Enfermagem).

Desde já refiro que o anonimato, confidencialidade da informação e o respeito pelos utentes serão garantidos, havendo um consentimento informado e esclarecido por parte destes, para utilização da informação e posterior tratamento e divulgação dos resultados.

Solicito ainda a V.Ex<sup>a</sup>. autorização para a implementação e avaliação deste projeto na respetiva UCSP, no período compreendido entre outubro de 2017 e março de 2018, assim como a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES e da UCSP aquando da apresentação dos resultados.

Pede deferimento,

Carnaxide, 10 de maio de 2017



Sara Patrícia Afonso de Sousa Pereira de Castro Lobo

Em resposta:

*Qualquer trabalho com as características do proposto é obrigatoriamente precedido de parecer favorável da Comissão de Ética da nossa ARSLVT (Prof. Dr. Faria Vaz).*

*Neste sentido agradeço que providencie os procedimentos necessários, uma vez que o tema parece muito interessante e atual.*

*Com os melhores cumprimentos,*

*Rafic Nordin*

*Presidente do Conselho Clínico e de Saúde*

*ACES Lisboa Ocidental e Oeiras*

*Av. Salvador Allende, S/N*

*2780-163 – Oeiras*

*Telef. 214 400 167 – 214 400 168*

*Email: rafic.nordin@arslvt.min-saude.pt*

**APÊNDICE 4:** Autorização da Coordenação Médica da UCSP Linda-a-Velha



Exma. Sra. Coordenadora Médica da UCSP Linda-a-Velha

Dr.ª Ana Paula Fonseca

Sara Patrícia Afonso de Sousa Pereira de Castro Lobo, a exercer funções de enfermeira na Unidade de Diálise Peritoneal do Hospital de Santa Cruz, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem – na Área de Especialização em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar o projeto de intervenção comunitária subordinado ao tema “Sarampo: ameaça real ou virtual? Promovendo imunidade de grupo”, vem por este meio solicitar a V.Exª. autorização para desenvolver o projeto nesta unidade.

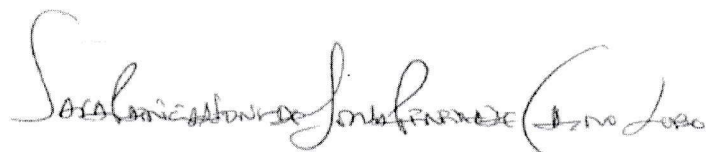
Este projeto tem como Enfermeira orientadora no local de estágio a Exma. Sr.ª Enfermeira Lurdes Costa e Silva, responsável pela vacinação, e como professor orientador o Exmo. Sr. Professor António Major.

Desde já refiro que o anonimato, confidencialidade da informação e o respeito pelos utentes serão garantidos, havendo um consentimento informado e esclarecido por parte destes para utilização da informação e posterior tratamento e divulgação dos resultados.

Solicito ainda a V.Exª. autorização para a implementação e avaliação deste projeto na UCSP, no período compreendido entre outubro de 2017 e março de 2018, assim como a utilização dos resultados para fins académicos ea menção do nome da UCSP aquando da apresentação dos resultados.

Pede deferimento,

Carnaxide, 15 de maio de 2017



Sara Patrícia Afonso de Sousa Pereira de Castro Lobo

*Naõ há inconveniente para o curso e este m -  
vestibular permite um estudo dos fatos.*

*Just.*

22/05/2017  
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras  
UCSP Linda-a-Velha  
Dra. Ana Paula Fonseca (Coord.)  
Largo Prof. Fernando da Fonseca, 10  
2795-080 Linda-a-Velha  
Tel: 214 153 920

## **APÊNDICE 5:** Instrumento de Colheita de Dados

N.º 

--	--

## QUESTIONÁRIO - CONHECER AS CAUSAS DE NÃO CUMPRIMENTO DO PNV

### PARTE A

#### 1. Data de nascimento da criança (dia/mês/ano):

--	--	--

#### 2. Género da criança:

M 

--

 F 

--

#### 3. Idade do pai da criança:

3.1. Menor que 25 anos

--

3.2. 25 a 29 anos

--

3.3. 30 a 39 anos

--

3.4. 40 a 49 anos

--

3.5. 50 a 59 anos

--

3.6. 60 ou mais anos

--

#### 4. Nacionalidade do pai da criança:

4.1. Portuguesa

--

4.2. Estrangeira

--

Qual?

--

#### 5. Habilitações literárias do pai da criança:

5.1. Sem estudos

--

5.2. Ensino Básico (1º e 2º ciclo)

--

5.3. Escolaridade obrigatória (9º ano)

--

5.4. Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional

--

5.5. Bacharelato ou Licenciatura

--

**5.6. Mestrado ou Doutoramento**

☐

**5.7. Outra:**

☐

Qual?

**6. Situação laboral do pai da criança:**

**6.1. Desempregado**

☐

**6.2. Por conta de outrem**

☐

**6.3. Por conta própria**

☐

**6.4. Pensionista**

☐

**6.5. Incapacitado para trabalhar**

☐

**6.6. Outra:**

☐

Qual?

**7. Profissão do pai da criança:**

**8. Idade da mãe da criança:**

**8.1. Menor que 25 anos**

☐

**8.2. 25 a 29 anos**

☐

**8.3. 30 a 39 anos**

☐

**8.4. 40 a 49 anos**

☐

**8.5. 50 a 59 anos**

☐

**8.6. 60 ou mais anos**

☐

**9. Nacionalidade da mãe da criança:**

**9.1. Portuguesa**

☐

**9.2. Estrangeira**

☐

Qual?

**10. Habilitações literárias da mãe da criança:**

**10.1. Sem estudos**

☐

**10.2.** Ensino Básico (1º e 2º ciclo)

--

**10.3.** Escolaridade obrigatória (9º ano)

--

**10.4.** Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional

--

**10.5.** Bacharelato ou Licenciatura

--

**10.6.** Mestrado ou Doutoramento

--

**10.7.** Outra:

--

Qual?

--

**11. Situação laboral da mãe da criança:**

**11.1.** Desempregado

--

**11.2.** Por conta de outrem

--

**11.3.** Por conta própria

--

**11.4.** Pensionista

--

**11.5.** Incapacitado para trabalhar

--

**11.6.** Outra:

--

Qual?

--

**12. Profissão da mãe da criança:**

--

**13. Situação dos pais da criança (assinalar a que melhor traduz a atual situação):**

**13.1.** Monoparentalidade

--

**13.2.** Casado ou união de facto

--

**13.3.** Divorciados

--

**13.4.** Progenitor falecido

--

**13.5.** Outra:

--

Qual?

--

**14. Constituição do agregado familiar (para além da criança e do respondente):**

**14.1.** Cônjuge

--

14.2. Irmão da criança

☐

14.3. Irmã da criança

☐

14.4. Outra pessoa:

☐

Qual?

**15. Habitação de família:**

15.1. Arrendado ou alugado

☐

15.2. Própria

☐

15.3. Outra:

☐

Qual?

**16. Zona de habitação da família**

16.1. Centro da localidade

☐

16.2. Arredores da localidade

☐

16.3. Outra:

☐

Qual?

**17. Para além desta unidade, a criança é seguida em mais alguma unidade de saúde?**

17.1. Não

☐

17.2. Sim

☐

Qual?

**18. Para além do atraso da VASPR2, qual o estado vacinal da criança? (assinalar as que se aplicam)**

18.1. BCG (0 meses)

☐

18.2. VHB 3 doses (0, 2 e 6 meses)

☐

18.3. Hib 4 doses (0, 2, 6 e 18 meses)

☐

18.4. DTP 5 doses (2, 4, 6, 18 meses e 5 anos)

☐

18.5. VIP 5 doses (2, 4, 6, 18 meses e 5 anos)

☐

18.6. MenC (12 meses)

☐

**18.7. VASPR1 (12 meses)**


**18.8. Vacinas extra PNV:**

Quais?

--

**19. Estado vacinal do irmão (assinalar as que se justifiquem):**

**19.1. PNV cumprido**

--

**19.2. PNV parcialmente cumprido**

--

**19.3. PNV não cumprido**

--

**19.4. Vacinas extra PNV:**

Quais?

--

**20. Estado vacinal da irmã (assinalar as que se justifiquem):**

**20.1. PNV cumprido**

--

**20.2. PNV parcialmente cumprido**

--

**20.3. PNV não cumprido**

--

**20.4. Vacinas extra PNV:**

Quais?

--

**PARTE B**

**1. O atraso da VASPR2 deve-se a: (assinalar com (X) a que corresponde à razão mais importante dada pelos pais ou representantes legais)**

**1.1. FALTA DE INFORMAÇÃO**

**1.1.1. Desconhecimento da necessidade de vacinar**

--

**1.1.2. Desconhecimento da necessidade de voltar para a 2ª ou 3ª dose**

--

**1.1.3. Desconhecimento do lugar e data para vacinar**

--

**1.1.4. Medo das reações adversas**

--

**1.1.5. Ideias erradas acerca das contraindicações para vacinar**

--

**1.1.6. Outra:**

--

Qual?

--

**1.2. FALTA DE MOTIVAÇÃO**

1.2.1. Adiamento para outra altura

--

1.2.2. Razões culturais/religiosas

--

1.2.3. Boatos ou Rumores

--

1.2.4. Outra:

--

Qual?

--

### 1.3. OBSTÁCULOS

1.3.1. Local de vacinação demasiado longe

--

1.3.2. Horário da vacinação desadequado

--

1.3.3. Falta à vacinação

--

1.3.4. Vacina indisponível

--

1.3.5. Mãe demasiado ocupada

--

1.3.6. Problemas familiares, incluindo doença da mãe

--

1.3.7. Doença da criança – foi trazida mas não foi vacinada

--

1.3.8. Longo tempo de espera

--

1.3.9. Outra:

--

Qual?

--

**1.4. Se considera que nenhuma das hipóteses anteriores traduz a verdadeira razão para o não cumprimento do PNV, relativamente à VASPR2, escreva aqui a sua resposta:** \_\_\_\_\_


**GRATA PELA SUA PARTICIPAÇÃO.**



## **APÊNDICE 6:** Convocatória para Vacinação



## CONVOCATÓRIA

A Organização Mundial de Saúde divulgou no início deste ano, em comunicado, um alerta relativo ao agravamento da situação de sarampo em vários países da Europa. As ocorrências destes surtos devem-se à existência de comunidades de pessoas não vacinadas que colocam em risco outras pessoas.

Embora em Portugal a situação tenha sido controlada, devido ao elevado número de pessoas protegidas, quer por vacina quer por anteriormente ter tido a doença, não nos podemos esquecer que o sarampo é das doenças infecciosas mais contagiosa e que pode evoluir gravemente, como infelizmente aconteceu.

A vacinação é a principal medida de prevenção do sarampo e é GRATUITA. O Programa Nacional de Vacinação recomenda 2 doses: aos 12 meses e aos 5 anos de idade.

Como tal, convoca-se Vossa Excelência a dirigir-se ao Centro de Saúde de Linda-a-Velha, em qualquer dia da semana entre as 8 e as 20h, fazendo-se acompanhar do(a) menino(a) \_\_\_\_\_ e do respectivo boletim de vacinas, para se proceder à actualização das vacinas da criança.

O(A) seu(sua) filho(a) está a crescer. Lembre-se, **VACINAR É PROTEGER.**

Linda-a-Velha, 16 de Outubro de 2017

---

A enfermeira

## **APÊNDICE 7: Caraterização das crianças**

## Caraterização das crianças

**Idade da Criança**

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	5 anos	4	33,3	33,3	33,3
	6 anos	5	41,7	41,7	75,0
	7 anos	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

**Sexo da Criança**

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	9	75,0	75,0	75,0
	Feminino	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

**Nacionalidade da criança**

		Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Portuguesa	11	91,7	91,7	91,7
	Estrangeira	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

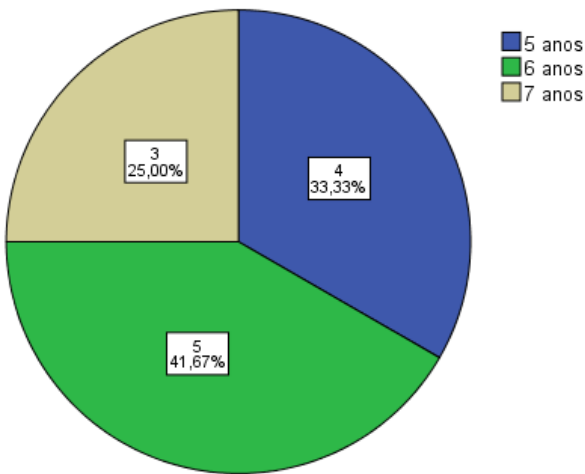
**Seguido em outra unidade**

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	6	50,0	50,0	50,0
	Sim	6	50,0	50,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

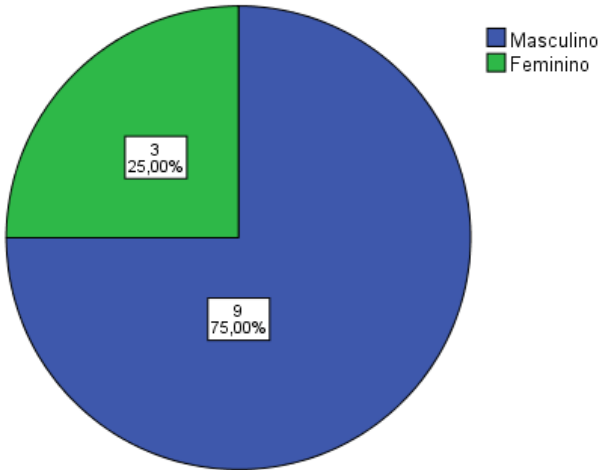
**PNV atraso**

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Apenas VASPR2	1	8,3	8,3	8,3
	Vacinas dos 5 anos	11	91,7	91,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

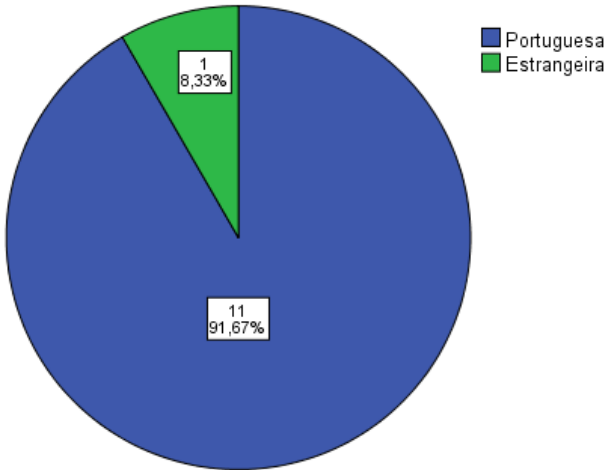
**Idade das crianças**



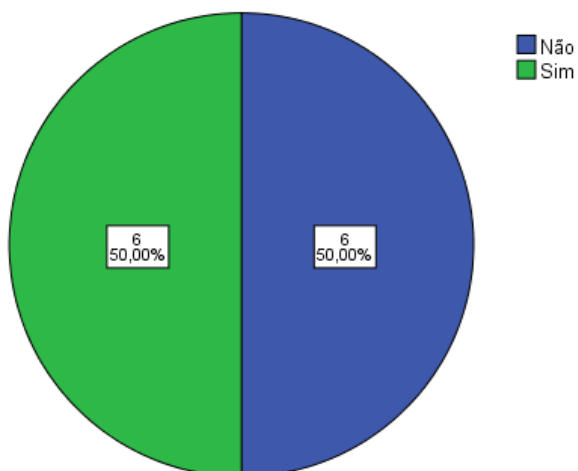
**Sexo das crianças**



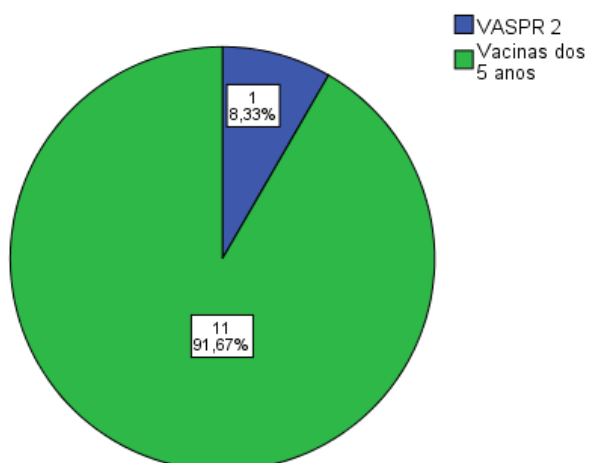
**Nacionalidade das crianças**



### Seguimento da criança em outra unidade para além da UCSP



### Estado vacinal das crianças



## **APÊNDICE 8:** Caraterização sociodemográfica dos pais

## Caraterização sociodemográfica dos pais

### Idade do pai

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	De 30 a 39 anos	5	41,7	41,7	41,7
	De 40 a 49 anos	7	58,3	58,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

### Nacionalidade do pai

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Portuguesa	9	75,0	75,0	75,0
	Estrangeira	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

### Habilitações literárias do pai

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não sabe/responde	1	8,3	8,3	8,3
	Ensino secundário ou profissional	4	33,3	33,3	41,7
	Bacharelato ou licenciatura	7	58,3	58,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

### Situação Laboral do pai

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Por conta de outrem	9	75,0	75,0	75,0
	Por conta própria	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	



#### Profissão do pai

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não sabe/responde	2	16,7	16,7	16,7
	adm do colégio alfa-beta	1	8,3	8,3	25,0
	advogado	1	8,3	8,3	33,3
	agente imobiliário	1	8,3	8,3	41,7
	agente publicitário	2	16,7	16,7	58,3
	consultor informático	1	8,3	8,3	66,7
	diretor de loja	1	8,3	8,3	75,0
	GNR	1	8,3	8,3	83,3
	guarda freio na carris	1	8,3	8,3	91,7
	técnico de energias renováveis	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Idade da mãe

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	De 30 a 39 anos	7	58,3	58,3	58,3
	De 40 a 49 anos	5	41,7	41,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Nacionalidade da mãe

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Portuguesa	9	75,0	75,0	75,0
	Estrangeira	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Habilitações literárias da mãe

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Não sabe/responde	1	8,3	8,3	8,3
	Ensino secundário ou profissional	3	25,0	25,0	33,3
	Bacharelato ou licenciatura	8	66,7	66,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Situação Laboral da mãe

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Desempregado	1	8,3	8,3	8,3
	Por conta de outrem	5	41,7	41,7	50,0
	Por conta própria	6	50,0	50,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Profissão da mãe

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Desempregada	1	8,3	8,3	8,3
	administrativa	1	8,3	8,3	16,7
	advogada	2	16,7	16,7	33,3
	consultora informática	2	16,7	16,7	50,0
	diretora comercial	1	8,3	8,3	58,3
	diretora pedagógica do colégio alfa-beta	1	8,3	8,3	66,7
	restauração	2	16,7	16,7	83,3
	secretária	1	8,3	8,3	91,7
	técnica de educação	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Estado civil dos pais

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Casado ou união de facto	7	58,3	58,3	58,3
	Divorciado	5	41,7	41,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Agregado Familiar

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	3	4	33,3	33,3	33,3
	4	7	58,3	58,3	91,7
	5	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

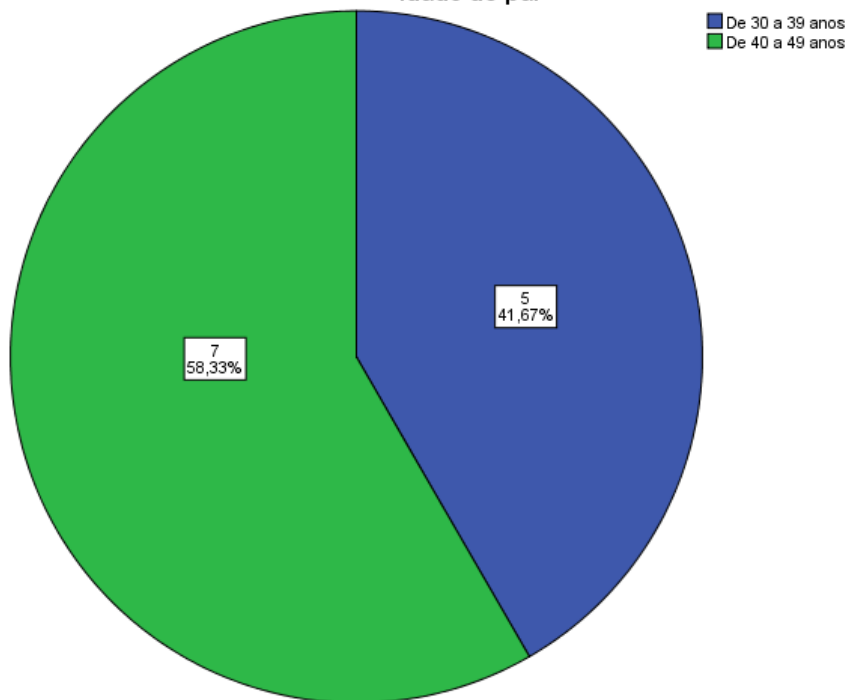
**Tipo de habitação familiar**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Arrendado ou alugado	5	41,7	41,7	41,7
	Própria	7	58,3	58,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

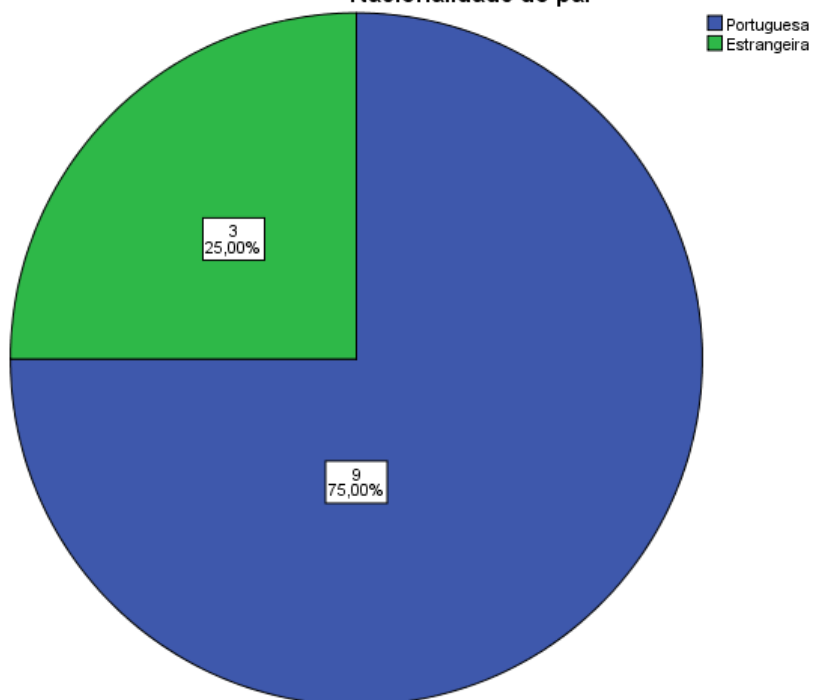
**Zona de habitação familiar**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Centro da localidade	10	83,3	83,3	83,3
	Arredores da localidade	2	16,7	16,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

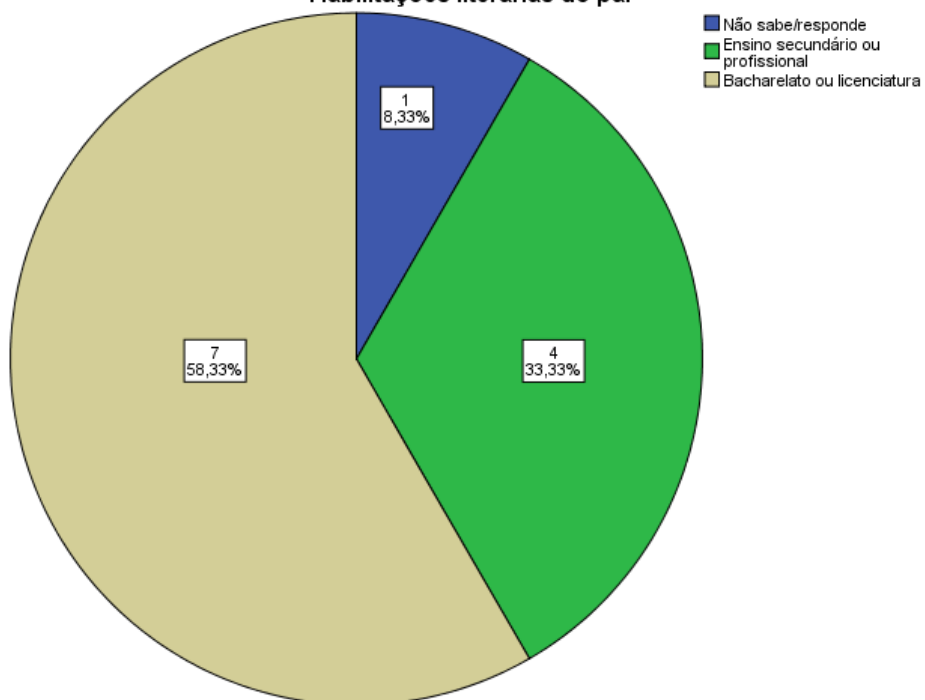
**Idade do pai**



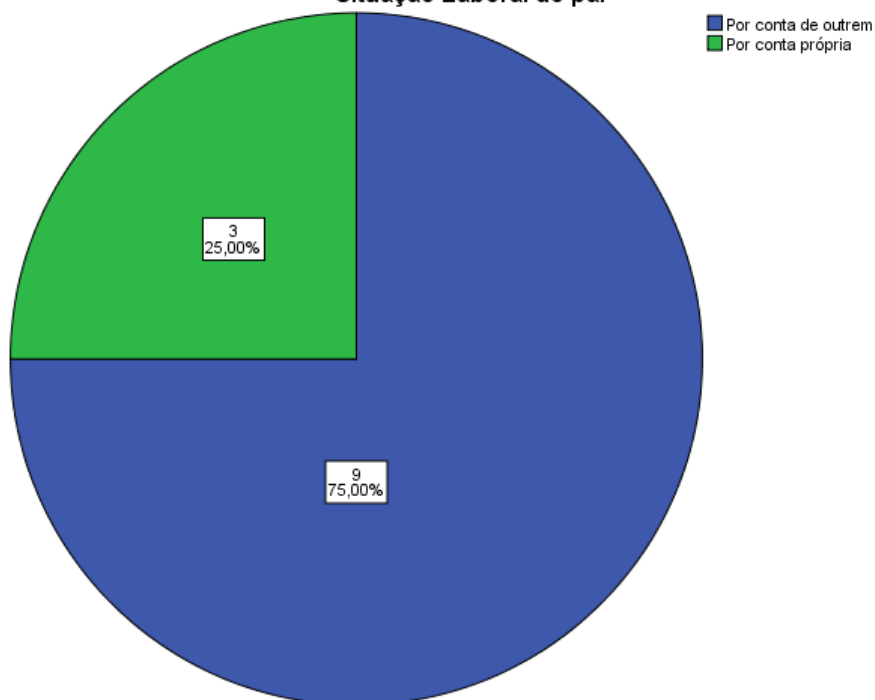
**Nacionalidade do pai**



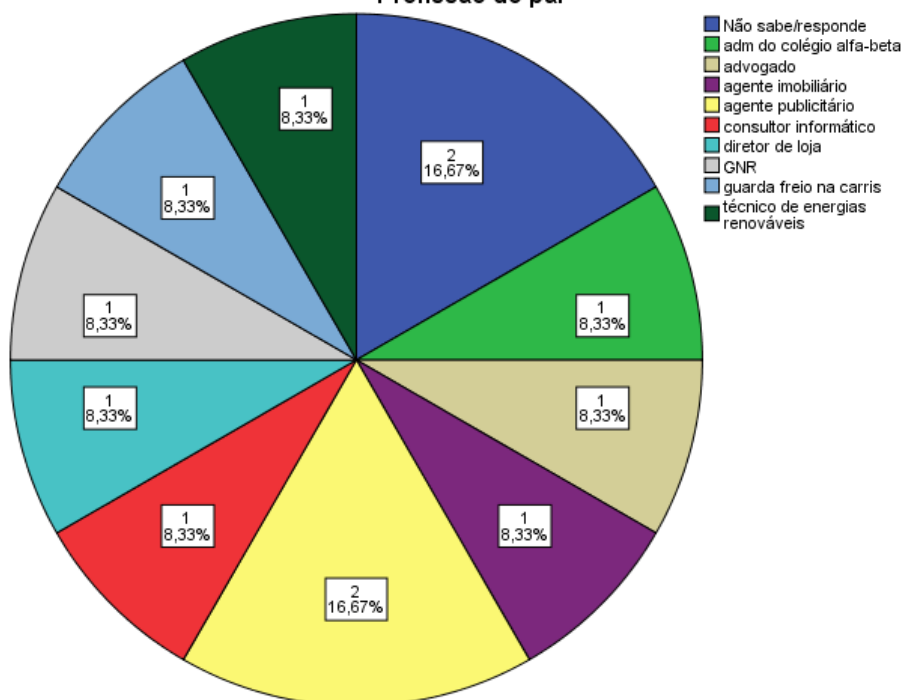
**Habilitações literárias do pai**



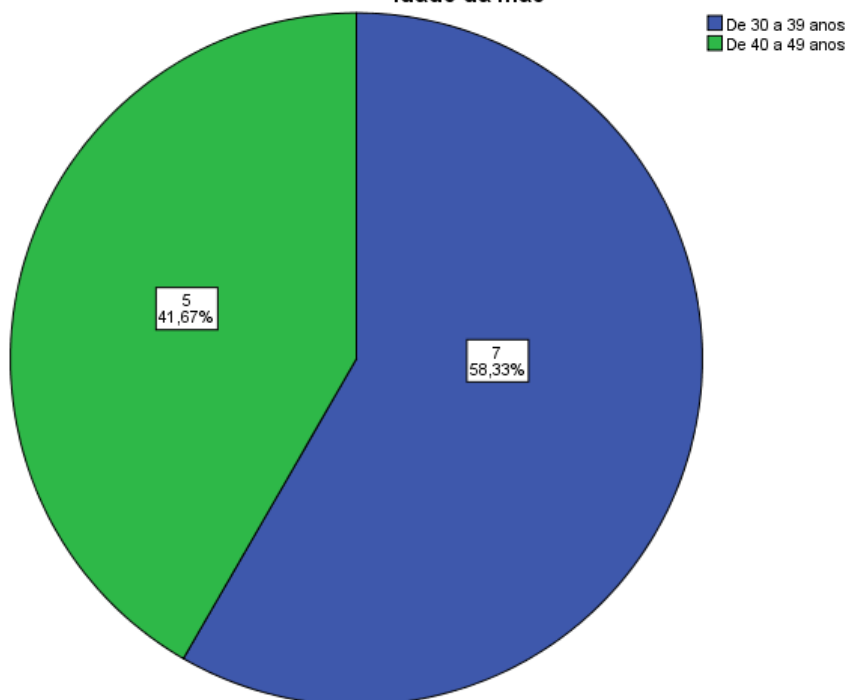
**Situação Laboral do pai**



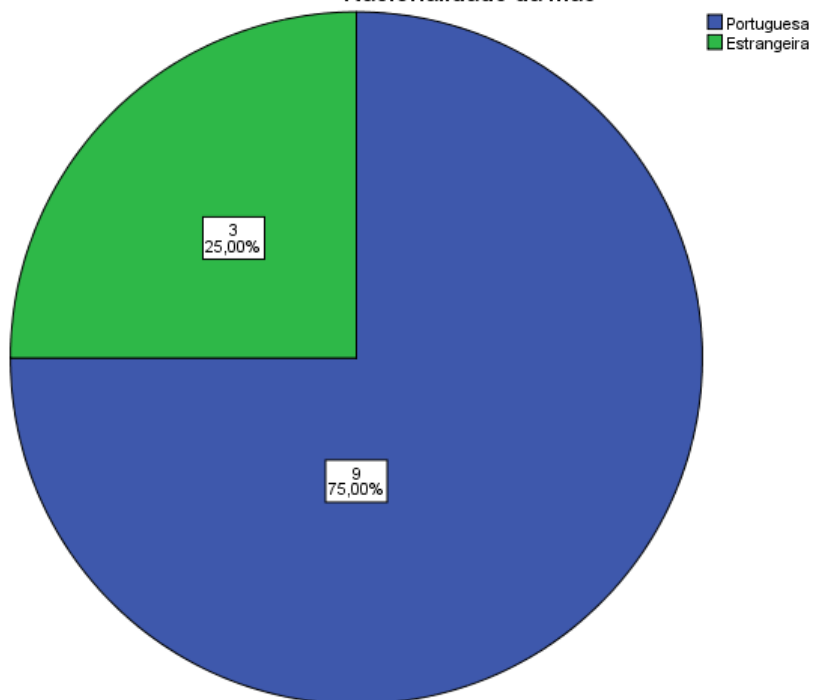
**Profissão do pai**



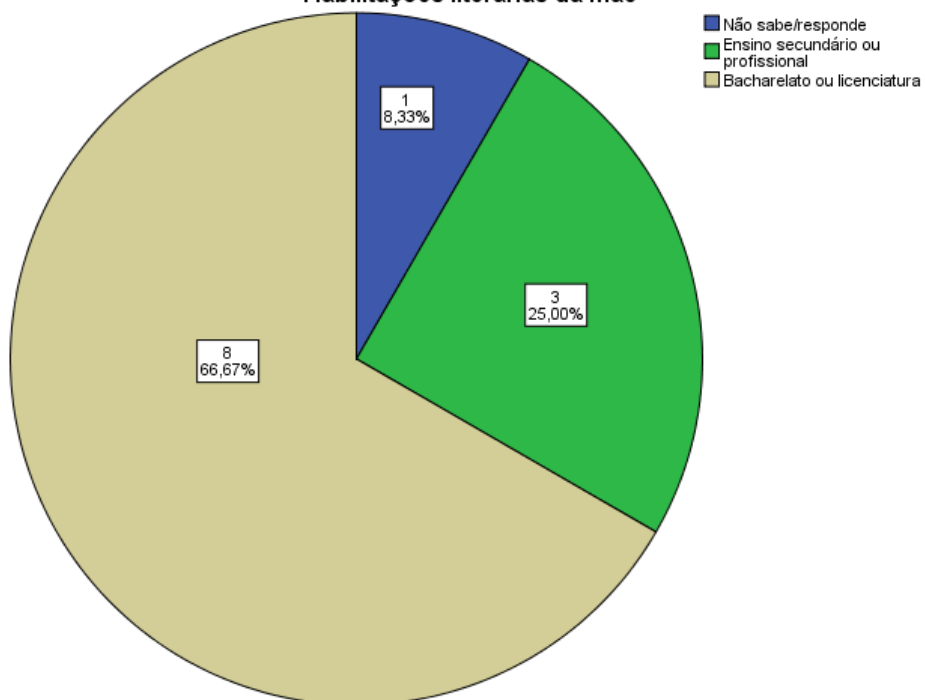
Idade da mãe



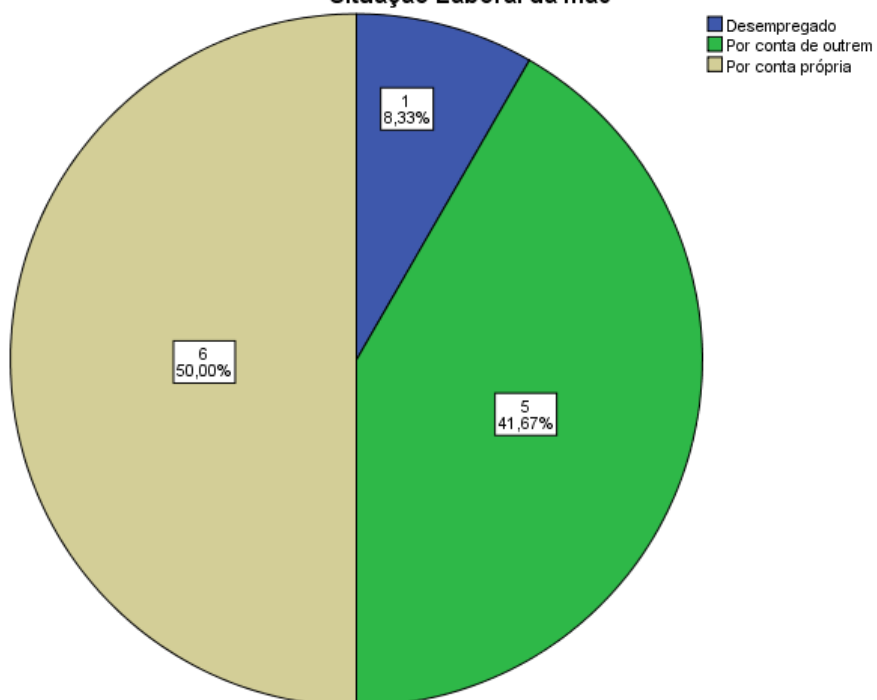
Nacionalidade da mãe



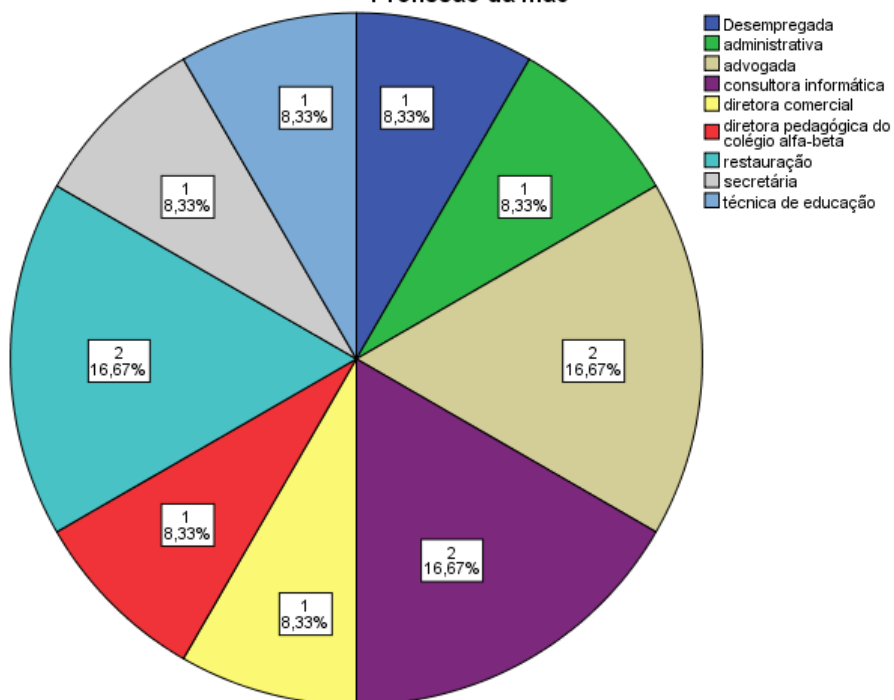
**Habilitações literárias da mãe**



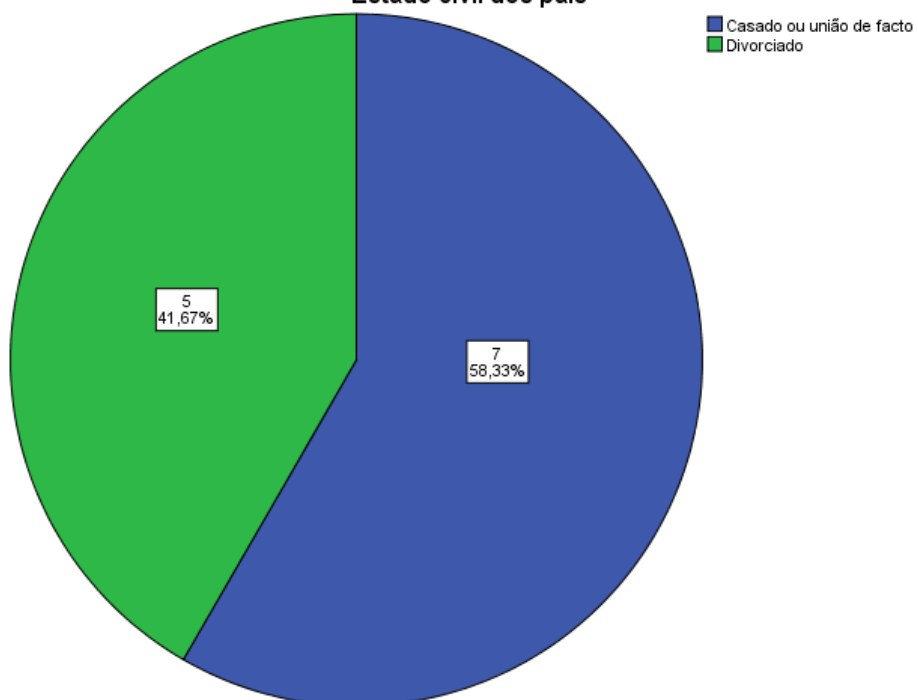
**Situação Laboral da mãe**



**Profissão da mãe**

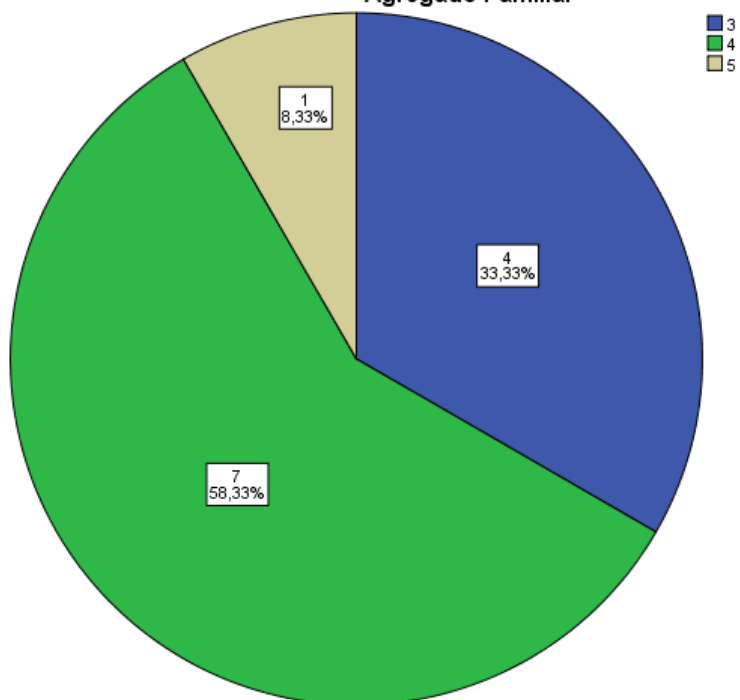


**Estado civil dos pais**

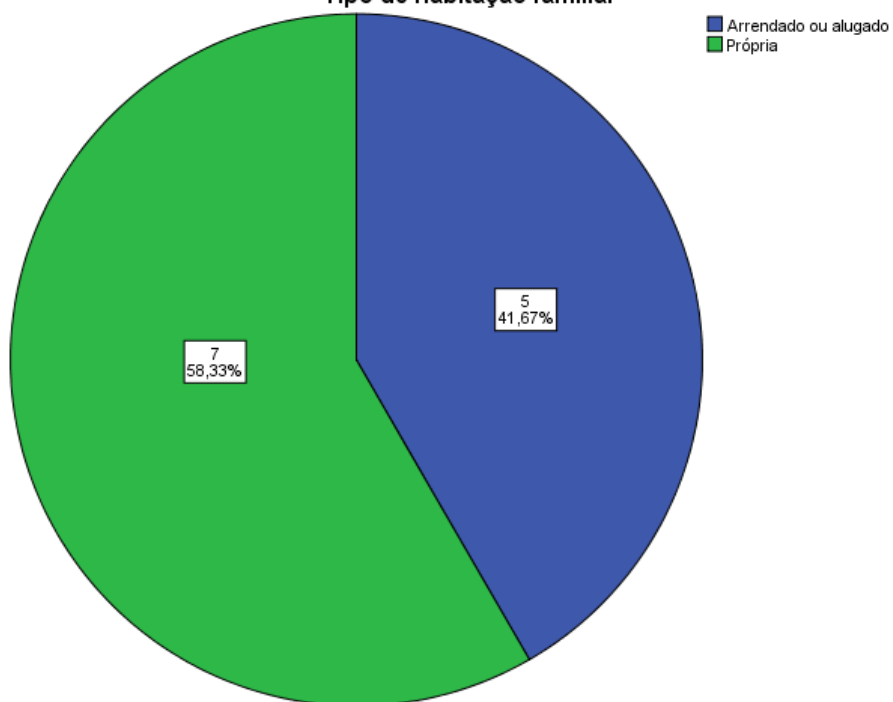




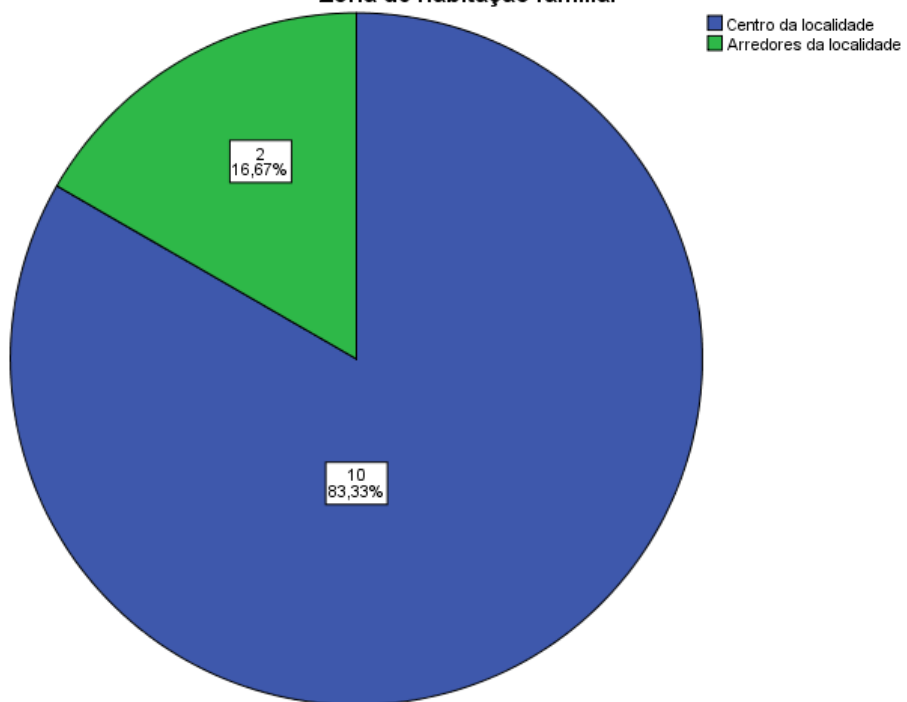
**Agregado Familiar**



**Tipo de habitação familiar**



### Zona de habitação familiar



## **APÊNDICE 9:** Estado vacinal dos irmãos

## Situação vacinal dos irmãos

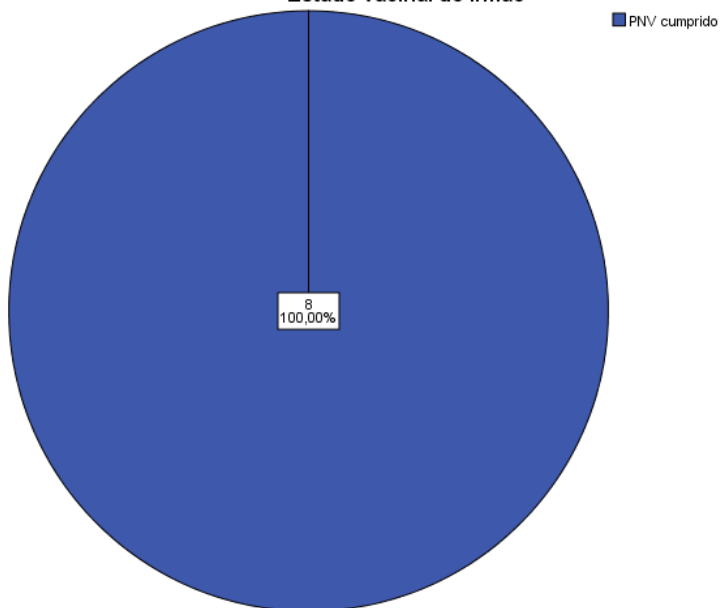
**Estado vacinal do irmão**

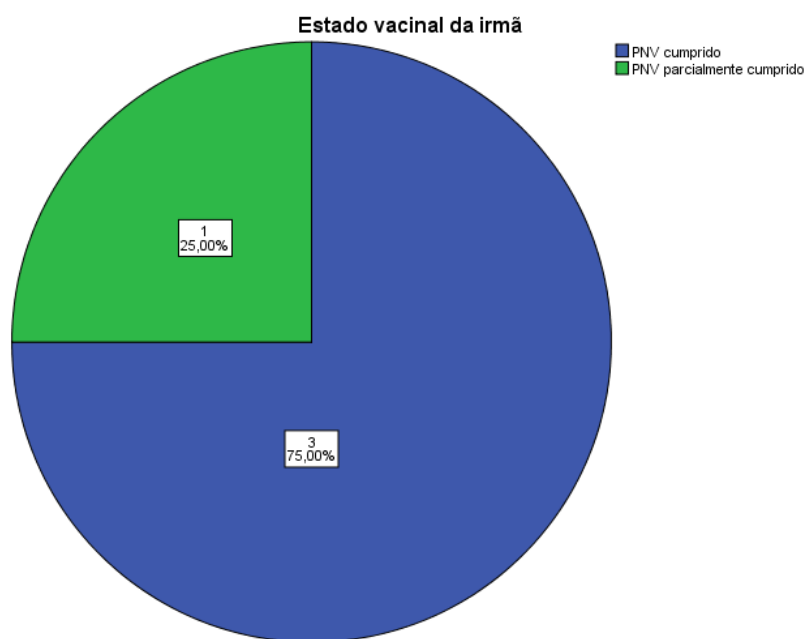
		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não tem irmão	4	33,3	33,3	33,3
	PNV cumprido	8	66,7	66,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

**Estado vacinal da irmã**

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não tem irmã	8	66,7	66,7	66,7
	PNV cumprido	3	25,0	25,0	91,7
	PNV parcialmente cumprido	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

**Estado vacinal do irmão**





## **APÊNDICE 10: Priorização dos Problemas**

**Priorização dos problemas**

	Problema A	Problema B	Problema C
Importância do problema	+	+	+
Relação entre o problema e os fatores de risco	+	+	+
Capacidade para intervir	+	+	-
Exequibilidade	+	-	+
PRIORIDADE	1	2	3

(Com base na Grelha de Análise)

**APÊNDICE 11:** Folheto informativo “Sarampo: ameaça real ou virtual?”



## O QUE PODE ACONTECER APÓS SER VACINADO?

Todas as vacinas podem provocar reações adversas, mas a maioria são ligeiras a moderadas e limitadas no tempo.

A febre é a principal reação. Surge entre o 5º e 12º dia após a vacina e desaparece, habitualmente, ao fim de 24 a 48h, embora possa durar até 5 dias.

As reações locais mais frequentes são a vermelhidão, o inchaço e a dor.

Ocasionalmente, e de forma transitória, pode surgir erupção cutânea ligeira e dores nas pequenas articulações.

## LEMBRE-SE:

As **vacinas** utilizadas atualmente são **seguras e eficazes** e nenhuma reação adversa é mais grave que a doença alvo da vacina.

# VACINAR É PREVENIR!

## PARA MAIS INFORMAÇÕES:

- <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sarampo1/perguntas-e-respostas.aspx>
- **Saúde 24:** 808 24 24 24

### UCSP Linda-a-Velha

Largo Prof. Fernando Fonseca n.º 10  
2799-534 Linda-a-Velha

☎ 214 153 920

✉ [ucsp.lav@gmail.com](mailto:ucsp.lav@gmail.com)

Elaborado por: Enf.ª Sara Lobo,  
8º CME, Enfermagem Comunitária,  
ESEL 2018

Orientada por: Prof. António Major e  
Enf.ª Lurdes Costa e Silva



UCSP LINDA-A-VELHA

# SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL?

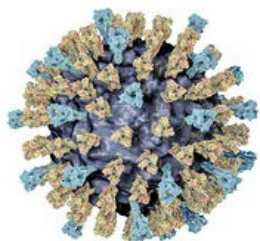
## Promovendo a imunidade de grupo



---

## O QUE É O SARAMPO?

É uma infeção altamente contagiosa, provocada por um vírus. Habitualmente é benigna mas, em alguns casos, pode ser grave ou levar à morte.



## COMO SE TRANSMITE?

A transmissão é feita de pessoa-a-pessoa, pelo ar. A pessoa contaminada, ao tossir ou espirrar lança gotículas no ar que ao serem inaladas contamina outra pessoa.



## PERÍODO DE INCUBAÇÃO E DE CONTÁGIO:

A **INCUBAÇÃO** dá-se entre 10 a 12 dias após a exposição ao vírus.

O **CONTÁGIO** ocorre entre 4 dias antes e 4 dias após o aparecimento das manchas.

## COMO SE MANIFESTA?

Inicialmente com febre e mal-estar, seguido de corrimento nasal, conjuntivite, fotofobia e tosse.

Cerca de 1 a 2 dias antes do aparecimento da erupção cutânea podem surgir uns pontos brancos no interior da bochecha.

Com o aparecimento das manchas, inicialmente na face e que depois no tronco e membros), surge a febre alta e a prostração.

Se algum destes sinais/sintomas surgirem, contacte imediatamente a Linha Saúde 24 ou consulte o seu médico assistente ou o serviço de saúde habitual.

---

## QUE COMPLICAÇÕES PODE TER?

Pode ter como complicações: a otite média (que em casos extremos pode levar à surdez), a conjuntivite grave (que em casos extremos pode levar à cegueira) e a pneumonia.



## COMO SE PREVINE?

A **VACINAÇÃO** é a principal medida de prevenção da doença. É gratuita e está disponível para todas as pessoas presentes em Portugal.

As pessoas que não estão vacinadas e que nunca tiveram a doença, têm uma elevada probabilidade de a contrair, se forem expostas ao vírus.

De acordo com o Programa Nacional de Vacinação, a DGS preconiza a administração da vacina em 2 “doses”: 12 meses e 5 anos.

**APÊNDICE 12:** Poster “Sarampo: ameaça real ou virtual?”



# SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo

Elaborado por: Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º CME, Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

**Sarampo** é uma doença, altamente contagiosa provocada por um vírus. Habitualmente a doença é benigna mas, em alguns casos, pode ser grave ou levar à morte.



A **transmissão** é feita de pessoa-a-pessoa, pelo ar, ou seja, a pessoa contaminada, ao tossir ou espirrar lança gotículas no ar que ao serem inaladas contaminam outra pessoa.

A doença tem um **período de incubação** de 10 a 12 dias após exposição. O **contágio** ocorre entre 4 dias antes e 4 dias após o aparecimento da erupção cutânea.

Inicialmente **manifesta-se** com febre e mal-estar, seguido de corrimento nasal, conjuntivite, fotofobia e tosse.

Cerca de 1 a 2 dias antes do aparecimento da erupção cutânea, podem surgir uns pontos brancos no interior das bochechas.

O aparecimento da erupção cutânea – inicialmente na face e depois no tronco e membros, é acompanhado de febre alta e a prostração.



A **VACINAÇÃO** é a principal medida de prevenção da doença. É gratuita e está disponível para todas as pessoas presentes em Portugal.

As pessoas que não estão vacinadas e que nunca tiveram a doença, têm uma **elevada probabilidade de a contrair**, se forem expostas ao vírus.

De acordo com o **Programa Nacional de Vacinação**, a DGS recomenda a administração da vacina em 2 “doses”: aos 12 meses e aos 5 anos.



Todas as vacinas podem provocar **reações adversas**, mas a maioria são ligeiras a moderadas e limitadas no tempo.

A febre é a principal reação. Surge entre o 5º e 12º dia após a vacina e desaparece, habitualmente, ao fim de 24 a 48h, embora possa durar até 5 dias.



As reações locais mais frequentes são o rubor, o edema e a dor. Ocasional, e transitoriamente, pode surgir erupção cutânea ligeira e dores nas pequenas articulações.

## VACINE-SE E FAÇA A DIFERENÇA!

Em caso de dúvida, contacte: **a enfermeira** ou **808 24 24 24**  
Para mais informações, consulte: **www.dgs.pt**

### **APÊNDICE 13:** Vídeo Promocional da vacina do Sarampo








## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL?

Promovendo a imunidade de grupo

Fonte: adaptado de imagem disponível em <https://userfiles.steadyhealth.com/userfiles/articles/childhood-rashes-worfy-or-not.jpg>

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo

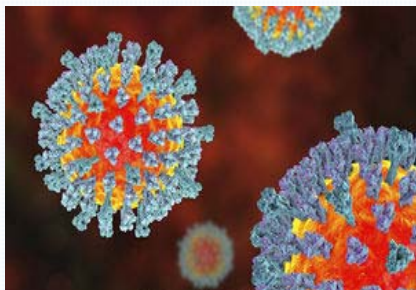



Fonte: disponível em <http://www.epiwiki.uff.br/wp-content/uploads/2011/10/sarampo.png>

O **sarampo** é uma infecção viral, altamente contagiosa, que se espalha por todo o corpo e afeta principalmente o aparelho respiratório. Habitualmente benigna mas, em certos casos, pode ser grave ou mesmo mortal.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em [https://cdn.xl.thumbs.canstockphoto.com/measles-virus-illustration-stock-illustrations\\_csp49019758.jpg](https://cdn.xl.thumbs.canstockphoto.com/measles-virus-illustration-stock-illustrations_csp49019758.jpg)

O vírus responsável pelo sarampo é o **Morbillivirus** do grupo *Paramixovirus*, pertencente à família *Paramyxoviridae*, cujo único reservatório é a espécie humana.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <https://bebeaporter.files.wordpress.com/2010/08/01581224600.jpg>

O sarampo **transmite-se** de pessoa-a-pessoa por via aérea através das gotículas que as pessoas infectadas libertam, ao falar, tossir ou espirrar, havendo maior facilidade de transmissão em ambientes fechados e com muitas pessoas.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em  
[https://www.wikihow.com/images\\_en/thumb/4/4c/Identify-Measles-Step-1.jpg/v4-728px-Identify-Measles-Step-1.jpg](https://www.wikihow.com/images_en/thumb/4/4c/Identify-Measles-Step-1.jpg/v4-728px-Identify-Measles-Step-1.jpg)

O **período de incubação** ocorre entre 10 a 12 dias (variando entre 7 a 21 dias) após a exposição ao vírus.

O **período de contágio** ocorre entre 4 dias antes e 4 dias depois do aparecimento da erupção cutânea.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



O sarampo **manifesta-se**, inicialmente, com febre e mal-estar, seguido de corrimento nasal, dores de garganta, conjuntivite (com fotofobia) e tosse.



Fonte: disponível em  
<https://thumbs.dreamstime.com/z/idade-de-little-boy-com-febre-idade-67982452.jpg>



Fonte: disponível em  
<https://media.istockphoto.com/vector/sick-boy-runny-nose-vector-vector-id693129154>



Fonte: disponível em  
<https://thumbs.dreamstime.com/z/desenho-animado-doentes-da-garganta-inflamada-da-mulher-61844289.jpg>



Fonte: disponível em  
<https://thumbs.dreamstime.com/z/man-eyes-were-bloodshot-vector-illustration-original-paintings-drawing-71881958.jpg>



Fonte: disponível em  
<https://thumbs.dreamstime.com/z/menino-tossir-102911506.jpg>

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: adaptado de imagem disponível em <https://experienciasdeumtecnicodenfermagem.files.wordpress.com/2017/11/saramporubeola.png?w=639>

**Depois**, 1 a 2 dias antes da erupção cutânea podem surgir uns pontos brancos no interior da bochecha.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Com o aparecimento da erupção cutânea, inicialmente na face e depois no tronco e membros, surge a febre alta e a prostração.



Fonte: disponível em [http://2.bp.blogspot.com/-myu48FzXaho/VQw9778dIE/AAAAAAAAADw/1304IKjR\\_A/s1600/sarampo-1.jpg](http://2.bp.blogspot.com/-myu48FzXaho/VQw9778dIE/AAAAAAAAADw/1304IKjR_A/s1600/sarampo-1.jpg)

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



As **complicações** do Sarampo afetam cerca de 30% dos doentes, sendo mais frequentes em crianças (< 5 anos) e nos adultos (> 20 anos).

As mais comuns são: diarreia (8%), otite média (7%) e pneumonia (6%). A principal causa de morte nos adultos é a encefalite aguda, uma complicação muito rara (0,1%).



Fonte: disponível em <https://thumbs.dreamstime.com/b/cut-e-boy-sitting-toilet-seat-diarthea-carbon-suffering-stomach-upset-vector-illustration-isolated-93744032.jpg>



Fonte: adaptado de disponível em <https://previews.123rf.com/images/estherqueen999/estherqueen9991707/estherqueen999170700015/81712360-bussineswoman-with-tinnitus-problem-on-the-blue-background-Stock-Photo.jpg>



Fonte: disponível em <http://www.draanaescobar.com.br/wp-content/uploads/2016/06/tosse-filho.jpg>

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em [https://feminina.files.wordpress.com/2008/09/gravida\\_rubecola.jpg?w=468](https://feminina.files.wordpress.com/2008/09/gravida_rubecola.jpg?w=468)

A doença é **particularmente perigosa** para as mulheres grávidas. Pode provocar aborto, parto prematuro e risco de malformação no feto.

**A grávida deve evitar qualquer contacto com pessoas com sarampo.**

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponíveis em <https://thumbs.dreamstime.com/z/polegar-do-doutor-da-mulher-acima-do-fundo-do-exame-do-ecg-isolado-88778935.jpg>

O **diagnóstico** é feito essencialmente através da presença dos sintomas característicos da doença, mas também pode ser confirmado pela existência de anticorpos específicos contra o vírus na serologia.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em [http://medicinaemcasa.com/wp-content/uploads/2014/09/fotolia\\_6410649\\_s\\_0188466001317146187.jpg](http://medicinaemcasa.com/wp-content/uploads/2014/09/fotolia_6410649_s_0188466001317146187.jpg)

Como é uma doença autolimitada não existe um **tratamento específico**, pelo que o objetivo do tratamento é proporcionar conforto e alívio até os sintomas desaparecerem, o que demora cerca de 2 a 3 semanas.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <https://thumbs.dreamstime.com/z/vacina%C3%A7%C3%A3o-das-crian%C3%A7as-62755143.jpg>

A **prevenção** eficaz da doença é a **VACINAÇÃO**.

A vacina contra o sarampo é conhecida por VASPR ou tríplice vírica, sendo uma associação que inclui ainda a vacina contra a papeira e rubéola.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <https://thumbs.dreamstime.com/z/beb%C3%A9-e-doutor-ou-enfermeira-holding-uma-seringa-ilustra%C3%A7%C3%A3o-da-programa%C3%A7%C3%A3o-do-tratamento-da-vacina%C3%A7%C3%A3o-ou-da-imuniza%C3%A7%C3%A3o-96254280.jpg>

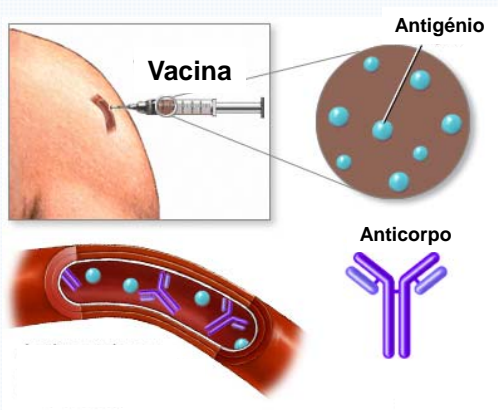
As **vacinas** são o meio mais eficaz e seguro de proteção contra determinadas doenças.

**Quem está vacinado tem maior capacidade de resistência à doença.**

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo

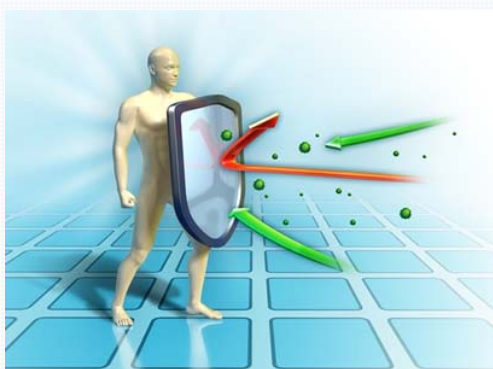


Fonte: adaptado de imagem disponível em <https://www.scripps.org/encyclopedia/graphics/images/en/9394.jpg>

As **vacinas** atuam sobre o sistema imunitário, estimulando a produção de anticorpos contra determinado agente infeccioso.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em [http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/upload/conteudo\\_legenda/35dc0e4cccd314b0382c019de110d900.jpg](http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/upload/conteudo_legenda/35dc0e4cccd314b0382c019de110d900.jpg)

Quando a vacina é administrada a um indivíduo, provoca uma **resposta imunitária protetora** específica de um ou mais agentes infecciosos.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <https://vidademamaemoderna.files.wordpress.com/2013/09/a-catapora-na-gravidez.jpg>

Quando a maior parte da população está vacinada, ocorre uma **interrupção na transmissão da doença**, o que beneficia toda a população (pois evita o risco de ser infectada) assim como a pessoa vacinada, diminuindo o risco de vir a desenvolver a doença em questão.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <http://www.destinosvivos.com/wp-content/uploads/2016/04/vacinas.jpg>

Não basta vacinar-se uma vez para ficar protegido. Geralmente, são necessárias **várias doses da mesma vacina** para que esta seja eficaz.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em [https://cdn.slidesharecdn.com/ss\\_thumbnails/programavacinaosns-170105093328-thumbnail-4.jpg?cb=1483608843](https://cdn.slidesharecdn.com/ss_thumbnails/programavacinaosns-170105093328-thumbnail-4.jpg?cb=1483608843)

As vacinas que fazem parte do **Programa Nacional de Vacinação** (PNV) são:

- gratuitas;
- importantes para defender a saúde da população;
- passíveis de serem alteradas de acordo com as necessidades da população portuguesa.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponíveis em <https://thumbs.dreamstime.com/z/pacientes-nos-doutores-sala-de-espera-ilustra%C3%A7%C3%A3o-do-vetor-70562172.jpg>

Para se vacinar basta dirigir-se ao **Centro de Saúde** da sua área de residência e levar consigo o **Boletim de Vacinas**.

Se por qualquer motivo não puder ir ao seu centro de saúde, dirija-se ao mais próximo do local onde estiver.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponíveis em <https://thumbs.dreamstime.com/z/fam%C3%ADlia-feliz-dos-desenhos-animados-45744227.jpg>

**Razões principais para a vacinação:** proteção individual e de grupo.

**Elevadas taxas de cobertura vacinal** permitem imunizar quem é vacinado e evitar a propagação de doenças, uma vez que a **imunidade de grupo** impede a circulação dos agentes virais.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <https://cdn.prepareforchange.net/wp-content/blogs.dir/2/files/2017/04/Sheep-Herd.jpg>

**Se as pessoas não forem vacinadas, perde-se a imunidade de grupo** e como tal as doenças que se tornaram raras, como é o caso do sarampo, reaparecerão.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em [http://www.w2n.com.br/images/img/blog/blog-quais-as-vantagens-de-estar-na-web\\_capa.jpg/](http://www.w2n.com.br/images/img/blog/blog-quais-as-vantagens-de-estar-na-web_capa.jpg/)

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a eliminação do sarampo em Portugal.

No entanto, o vírus não conhece fronteiras e, uma vez que a doença não está erradicada nem eliminada a nível mundial, o risco de ser importada de outros países mantém-se.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <https://atlasproj.com/wp-content/uploads/2017/05/Viajar-com-Bitcoins.jpg>

Se for **viajar**, faz sentido fazer a vacina se nesse destino estiverem a ocorrer surtos epidémicos de sarampo.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

## Então, o Sarampo pode voltar?



Fonte: disponível em <https://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/o-sarampo-voltou>

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: disponível em <https://thumbs.dreamstime.com/z/crian%C3%A7as-felizes-que-saltam-junto-durante-um-dia-ensolarado-92870793.jpg>

**Em 2017 o Sarampo voltou.** O surto de sarampo, não só em Portugal, como a nível mundial, esteve relacionado com o facto de a vacina não estar a ser feita por todas as pessoas: **todas as pessoas não vacinadas são consideradas um grupo de risco**, a menos que já tenham tido a doença.

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



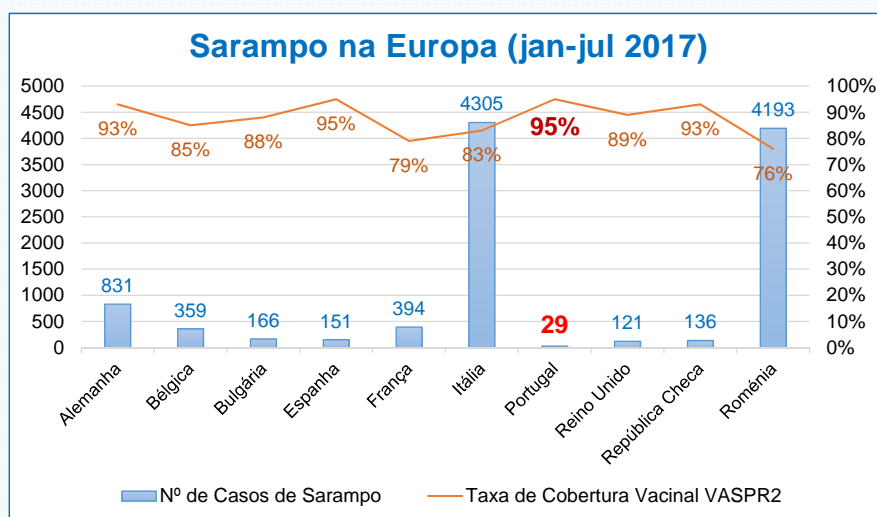
Fonte: adaptado de www.dgs.pt

De acordo com a **Direção Geral de Saúde**, entre janeiro e julho, foram efetuadas 165 notificações de Sarampo, mas apenas **29 casos confirmados**:

- 7% importados;
- 66% não vacinados;
- 48% internados;
- 28% crianças < 9 anos;
- 1 óbito.

Enf.ª Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018

### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Fonte: adaptado de ecdc.europa.eu

Enf.ª Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



## VACINAS PARA A VIDA

**Vacinar é proteger.  
Informe-se no seu Centro de Saúde.**

Fonte: disponível em [http://paisefilhos.com.br/wp-content/uploads/img/materias/materia/vacina619\\_251114182106.jpg/](http://paisefilhos.com.br/wp-content/uploads/img/materias/materia/vacina619_251114182106.jpg/)

**APÊNDICE 14:** Guia de Acolhimento do Utente na UCSP Linda-a-Velha



## **COMO PODE O UTENTE CONTRIBUIR PARA O BOM FUNCIONAMENTO DA UCSP**

Sempre que o desejarem, os utentes da UCSP podem e devem expressar a sua opinião através de:

- ☑ sugestão - sem impresso próprio, a caixa de sugestões encontra-se junto ao segurança
- ☑ elogio - em impresso próprio que deve solicitar junto do secretariado
- ☑ reclamação - no *Livro de Reclamações* que deve solicitar junto do secretariado

## **RECOMENDAÇÕES AOS NOSSOS UTENTES:**

- ☑ Sempre que se dirigir à UCSP, seja portador do seu cartão de utente ou cidadão, do boletim da respetiva consulta e registo vacinal.
- ☑ Sempre que possível, programe a sua consulta e/ou tratamento.
- ☑ Sempre que não puder comparecer à consulta e/ou tratamento agendado, avise a UCSP.
- ☑ Sempre que mudar de morada e/ou contacto, informe a UCSP, com a brevidade possível, pois pode haver necessidade de o contactar.

## **QUE ALTERNATIVAS DE ASSISTÊNCIA**

Caso necessite de observação urgente e inadiável, que não possa esperar pela reabertura da nossa unidade, pode contactar:

- ☑ Linha “SNS 24” - 808 24 24 24 (para triagem, aconselhamento e encaminhamento),

e/ou dirigir-se a:

- ☑ UCSP Paço Arcos, Serviço de Atendimento Complementar - sábados, das 9 às 13h, na Avenida António Bernardo Cabral Macedo, 2770-209 Paço Arcos, 214 540 800
- ☑ Hospital de São Francisco Xavier, Serviço de Urgência - 24h, na Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa, 210 433 000

### **UCSP Linda-a-Velha**

Largo Professor Fernando da Fonseca

Nº 10, R/C

2799-534 Linda-a-Velha



214 153 920



214 142 333



lvelha@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por: Enf.ª Sara Lobo, 8º CME—Enfermagem Comunitária, 2018  
Revisto por: Enf.ª Lurdes Costa e Silva, 2018

## **UCSP Linda-a-Velha**

**Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**



# **GUIA DE ACOLHIMENTO DO UTENTE**

### **A NOSSA MISSÃO**

A UCSP Linda-a-Velha presta cuidados de saúde personalizados, a todos os utentes da área de influência nela inscritos, com a finalidade da promoção da saúde e prevenção da doença, bem como a prestação de cuidados na doença.

### **A NOSSA ÁREA DE INFLUÊNCIA**

A UCSP é responsável pela prestação de cuidados aos utentes residentes na freguesia de Linda-a-Velha

### **ONDE NOS LOCALIZAMOS**

A UCSP localiza-se na freguesia de Linda-a-Velha, concelho de Oeiras, distrito de Lisboa, no Largo Professor Fernando da Fonseca, n.º 10 r/c, 2799-534 Linda-a-Velha.

### **EM QUE HORÁRIO FUNCIONAMOS**

A UCSP Linda-a-Velha funciona, todos os dias úteis, das 8 às 20 horas.

### **COMO NOS PODE CONTACTAR**

A UCSP Linda-a-Velha pode ser contactada via telefone, fax ou correio eletrónico:



214 153 920



214 142 333



lvelha@arslvt.min-saude.pt

### **QUE SERVIÇOS PRESTAMOS**

A UCSP Linda-a-Velha presta os seguintes cuidados:

SERVIÇO	POPULAÇÃO-ALVO
Diagnóstico Precoce	Recém-nascidos (3º-6º dia)
Consulta Saúde Infantil	Utentes ≤ 18 anos
Consulta Saúde Adulto e Idoso	Utentes > 19 anos
Consulta Planeamento Familiar	Mulheres em idade reprodutiva e respetivos companheiros
Consulta Saúde Materna	Mulheres grávidas e respetivos companheiros
Consulta Diabetes	Utentes diabéticos
Consulta Hipocoagulação	Utentes hipocoagulados
Consulta do Dia	Utentes em situação de doença aguda
Vacinação	Todos os utentes
Sala de Tratamentos	Todos os utentes
Visitação Domiciliária	Utentes com necessidade de intervenção no domicílio

Existe ainda interligação e colaboração de outros serviços e especialidades, nomeadamente na área da Psicologia, Assistência Social, Saúde Pública, Saúde Oral e Medicina Dentária.

### **COMO PODE MARCAR CONSULTA**

Todas as consultas podem ser marcadas:

- ☒ Por telefone - entre as 12 e as 16h
- ☒ Presencialmente - entre as 8 e as 19h30h
- ☒ Por correio eletrónico da UCSP
- ☒ Através do e-Agenda  
(<https://servicos.min-saude.pt>)

### **SERVIÇOS EXCLUSIVAMENTE ADMINISTRATIVOS**

O atendimento é sempre efetuado por ordem de chegada através do sistema de senhas numeradas. Poderá solicitar os seguintes serviços:

- ☒ Informações gerais;
- ☒ Efetivação/marcação de consulta;
- ☒ Pedido de renovação de receituário crónico, guias de transporte, fisioterapia e outros (disponível para levantamento ao fim de 3 dias úteis);
- ☒ Reembolsos;
- ☒ Atualização de isenções;
- ☒ Pedidos de transferência de unidade de saúde.

## **APÊNDICE 15:** Plano de Sessão Individual





## **Sarampo: ameaça real ou virtual?**

**Promovendo imunidade de grupo**

### **Plano de Sessão Individual de Educação para a Saúde**

**Formador:** Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo

**Tema:** O Sarampo e a vacina VASPR

**População-alvo:** Pais das crianças inscritas na UCSP Linda-a-Velha, nascidas em 2010 e 2011, com a vacina VASPR2 em atraso que acordaram participar no projeto

**Local:** Sala de vacinação da UCSP Linda-a-Velha

**Data:** Janeiro e Fevereiro de 2018

**Duração:** aproximadamente 12 minutos

#### **Objetivo Geral:**

- Promover o *empowerment* dos participantes sobre o sarampo e a vacina VASPR

#### **Objetivos Específicos:**

- Aumentar os conhecimentos sobre o sarampo
- Aumentar os conhecimentos sobre a proteção específica
- Promover a adesão à vacinação

	<b>Objetivo</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentar o formador Apresentar o tema	Identificação Apresentação do tema Apresentação dos objetivos	Expositiva	Poster e folheto elaborados para o efeito	7'
<b>Desenvolvimento</b>	Desenvolver os conteúdos	Tópicos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ definição da doença</li> <li>▪ forma de transmissão</li> <li>▪ período de incubação e contágio</li> <li>▪ manifestações clínicas</li> <li>▪ complicações da doença</li> <li>▪ esquema vacinal preconizado pela DGS</li> <li>▪ reações adversas à vacina</li> </ul>			
<b>Conclusão</b>	Sintetizar ideias-chave	Tópicos da sessão			
<b>Avaliação</b>	Avaliar os conhecimentos transmitidos	Que o participante seja capaz de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identificar o agente causador da doença</li> <li>▪ identificar a via de transmissão da doença</li> <li>▪ identificar a forma de prevenção da doença</li> <li>▪ identificar o esquema vacinal preconizado</li> </ul>	Interrogativa	Questionário de avaliação da sessão	5'

## **APÊNDICE 16:** Questionário de avaliação da sessão individual



## Sarampo: ameaça real ou virtual?

Promovendo imunidade de grupo

### Avaliação da Sessão Individual de Educação para a Saúde

Por favor, assinale a resposta correta:

1. O sarampo é causado por:

- ☐ uma bactéria
- ☐ um vírus

2. O sarampo transmite-se através de:

- ☐ animais
- ☐ pessoas

3. O sarampo previne-se com:

- ☐ vacina
- ☐ medicamentos

4. De acordo com o Programa Nacional de Vacinação, para se estar imunizado contra o sarampo é preciso:

- ☐ uma administração única da vacina, aos 12 meses
- ☐ duas administrações da vacina, aos 12 meses e 5 anos

**OBRIGADO pela sua colaboração.**

## **APÊNDICE 17:** Plano de sessão coletiva



## **Sarampo: ameaça real ou virtual?**

**Promovendo imunidade de grupo**

### **Plano de Sessão de Formação às assistentes da UCSP Linda-a-Velha**

**Formador:** Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo

**Tema:** Estratégias para promover a adesão à vacinação e manter boas taxas de cobertura vacinal

**Destinatários:** Assistentes técnicas e operacional da UCSP Linda-a-Velha

**Local:** Sala de reuniões da UCSP Linda-a-Velha

**Data:** 9 de Fevereiro de 2018

**Duração:** aproximadamente 20 minutos

#### **Objetivo Geral:**

- Que 75% das assistentes técnicas e que a assistente operacional da UCSP Linda-a-Velha estejam presentes

#### **Objetivos Específicos:**

- Que no final da formação sejam capazes de identificar as estratégias propostas com a finalidade de aumentar a adesão à vacinação

	Objetivo	Conteúdo	Metodologia	Recursos	Tempo
<b>Introdução</b>	Apresentar o formador Apresentar o tema	Identificação Apresentação do tema Apresentação dos objetivos	Expositiva	<i>Power Point</i> elaborado para o efeito	15'
<b>Desenvolvimento</b>	Desenvolver os conteúdos	Tópicos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dificuldades sentidas</li> <li>▪ resultados alcançados</li> <li>▪ estratégias para manter boas taxas de cobertura vacinal e promover a adesão à vacinação</li> </ul>			
<b>Conclusão</b>	Sintetizar ideias-chave	Tópicos da sessão			
<b>Avaliação</b>	Validar a informação transmitida	Que cada participante seja capaz de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identificar as estratégias propostas com a finalidade de aumentar a adesão à vacinação</li> </ul>	Interrogativa	Questão “Quais as estratégias propostas?” respondida oralmente	5'


**APÊNDICE 18:** *PowerPoint* da sessão coletiva





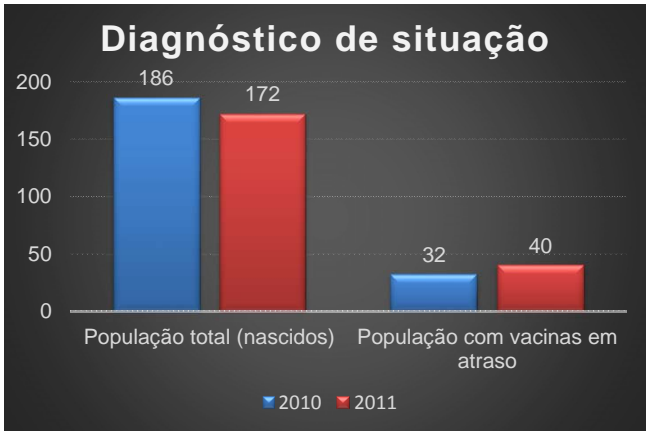

## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL?

Promovendo a imunidade de grupo




### SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo

#### Diagnóstico de situação




Categoria	2010	2011
População total (nascidos)	186	172
População com vacinas em atraso	32	40

#### Sexo



Sexo	Contagem	Porcentagem
Masculino	39	54%
Feminino	33	46%

#### Nacionalidade

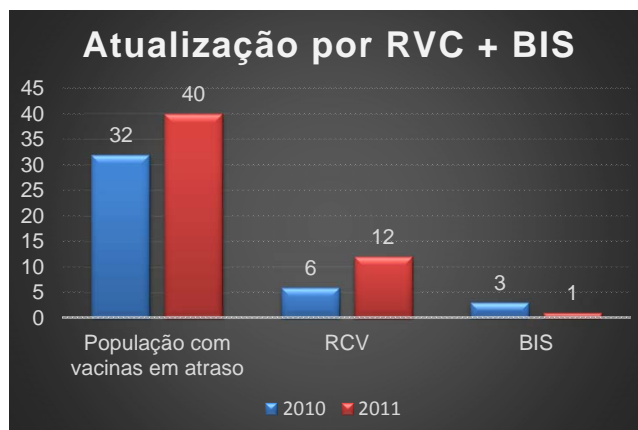


Nacionalidade	Contagem	Porcentagem
Portuguesa	64	89%
Estrangeira	8	11%

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



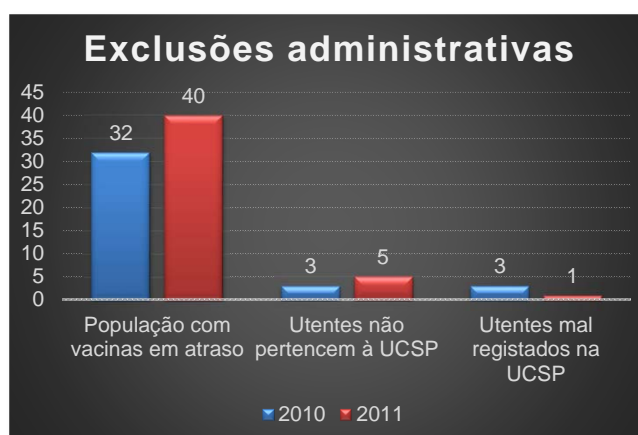
## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



### Sexo



### Nacionalidade



### Do grupo das 17 crianças:

- apenas se conseguiu entrar em contacto com 12 crianças;
- destas 12, 10 já fizeram a vacina em atraso;
- as 2 que faltam, uma está em Angola e volta em março e a outra, já se marcou diversas vezes e não aparece...

Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo

### A mesma criança, tem 3 conjuntos de dados distintos:

- No **SINUS**:
  - Inscrição esporádica, logo, sem médico
  - Morada de Carnaxide
  - Contactos telefónicos não atribuídos
- No **RNU**:
  - Inscrição em Belas (07-12-2017), sem médico
  - Morada de Massamá
  - Contactos telefónico da mãe
- No **CHLC**:
  - Inscrição em Linda-a-Velha, com médico (Dr. Sequeira)
  - Morada de Queluz
  - Contacto telefónico da mãe



Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo

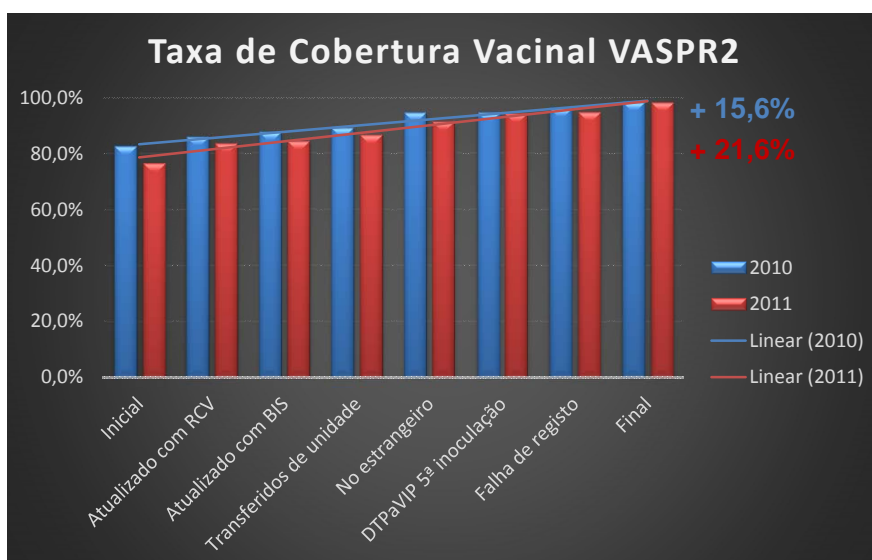
### ESTRATÉGIAS

- No ato de inscrição de qualquer utente, colocar todos os contactos possíveis (incluindo o correio electrónico).
- Solicitar sempre o boletim de vacinas;
- Na primeira inscrição (ainda que esporádica) entregar sempre Guia de Acolhimento do Utente;
- Informar sobre o horário de funcionamento das vacinas: 8 às 20h;
- Atualizar os contactos disponíveis de todos os utentes, que se dirijam ao nosso atendimento (seja qual for a circunstância).

Enf.ª Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018



## SARAMPO: AMEAÇA REAL OU VIRTUAL? Promovendo a imunidade de grupo



Enf.ª Sara Lobo, 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária, ESEL 2018